81. Jahrgang **Berlin, 6. Januar 1912** **No. 1**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Der Wert von Blutan und Arsenblutan für die Kräftigung von Schulkindern.

Von

Dr. **Baur**, Seminar- und Schularzt (Schw.-Gmünd).

Wer den vergangenen Sommer die Internationale hygienische Ausstellung zu Dresden in Halle 54 durchmusterte, konnte sich von der Ueberzahl diätetisch-pharmazeutischer Präparate überzeugen, die zu Nähr- und Kräftigungszwecken im Handel sind. Jedes dieser will das beste sein und für alle möglichen Krankheitszustände sich bewährt haben. Eine solche Ueberproduktion macht naturgemäß bei Aerzten und Laien skeptisch und mißtrauisch, und so kommt es, daß nur wenige derartiger Mittel, und zwar nur die bewährten, eines längeren Daseins sich erfreuen. Sie verschwinden bald wieder von der Bildfläche, um neuen, angeblich verbesserten Mitteln Platz zu machen. Viele dieser Präparate sind deswegen nur Eintagsfliegen, weil die Hoffnung, die auf sie laut Anpreisung gesetzt wurde, nicht erfüllt wurde, sie konnten das, was sie versprachen, nicht halten. Niemals aber kann man solches von Mitteln sagen, die nicht bloß in der Einbildung, sondern in der Tat nützten, deren Wert namentlich durch objektive Versuche festgestellt ist. So wurden mir von der Firma Helfenberg vorm. Eugen Dieterich zwei Kräftigungsmittel, Blutan und Arsenblutan, zur Untersuchung überwiesen; ich sollte objektiv dartun, daß diese Mittel wirklich Energie entwickeln, welches durch Versuche zu beweisen war. Die Blutane sind alkoholfreie Eisen-Mangan-Pepton-Liquores und werden von genannter Firma nach dem D. R.-P.-Verfahren von Dr. K. Dieterich hergestellt; K. Dieterich hat diese Blutane (rein, mit Jod, Brom, Arsen) zuerst mit Erfolg in den Arzneischatz eingeführt, wie die am Schluß angefügte Literaturzusammenstellung ergibt. Wie schon bei Begutachtung anderer Nähr- usw. Mittel sollte ich auch bei dem eben angegebenen Maß und Gewicht (A), sowie die Hämoglobin- und Blutkörperchenzunahme (B) ihr Urteil abgeben lassen.

Eine etwaige Steigerung der Blutmenge und Herzkraft samt Zunahme des Blutgefäßtonus mußte in Zunahme des Blutdrucks sowie der Pulsfülle zum Ausdruck kommen, was ich mit einem selbst erfundenen, sehr leicht handlichen Apparat zeigen wollte (C).

Ist nun aber das Blutgefäßsystem durch die obigen Mittel in günstigem Sinne beeinflußt worden, so muß auch die durch das verbesserte Blut und eventl. Zunahme der Blutmenge auf günstigere Voraussetzungen bauende Energiemenge im Körper eine größere werden. Die Energiezunahme muß zum Ausdruck kommen in größerer Leistungsfähigkeit der Muskeln und der diesen beigegebenen Nerven, was sich in größerer Kraft dieser, in später eintretender Ermüdung und in leichter zu bewerkstelligender Erholung zeigen wird. Die Zunahme der Muskelkraft pflege ich mit den Mossoversuchen darzutun (D), die Abnahme der Ermüdung mit meinem Ermüdungsapparat, der die Akkommodationseinbuße der Augen bei der Ermüdung als Indikator der Ermüdung benutzt (E). Die Zunahme geistiger Leistungsfähigkeit habe ich durch Lehrer bezw. Lehrerinnen an schlecht ernährten, geistesarmen Kindern beobachten lassen (F).

So glaube ich, mit allen Versuchen ziemlich wertvolle Ergebnisse zu bieten, auf Grund derer sich wohl ein entscheidendes Urteil über die Güte eines Kräftigungsmittels abgeben läßt. Sehen wir uns die Resultate der Versuche im einzelnen an:

Zunächst sei bemerkt, daß zu den Versuchen nur unterernährte Kinder, Mädchen und Knaben, verwendet wurden; die einen erhielten Blutan mit roter, die andern Arsenblutan mit grüner Etikette. Ersteres ist kurzweg mit dem Vorzeichen Bl, letzteres mit A Bl bezeichnet.

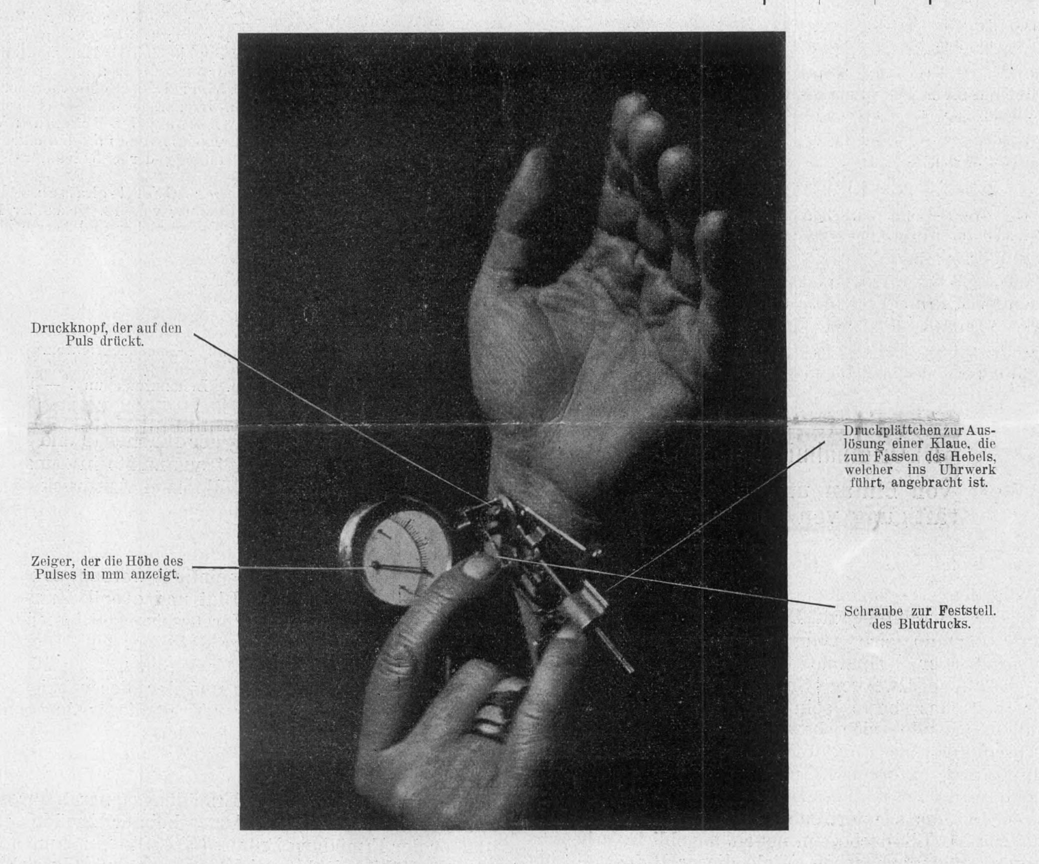
A. Untersuchung von 9 Kindern.

Maß und Gewicht pflegen in den Monaten, in denen die Versuche gemacht wurden, auch physiologischer Weise ziemlich zuzunehmen, wogegen im Frühjahr dieselben sich gleich zu bleiben pflegen. Bei blutarmen unterernährten Kindern sind sie aber auch dann unter dem Mittel, ein Beweis dafür, daß es bei solchen Kindern an dem nötigen Baumaterial zum Aufbau der Körpersysteme fehlt. Folgende

Tabelle ergibt die gefundenen Maß- und Gewichtszahlen bei 9 Kindern:

Versuchskind	Gewicht kg			Maß cm			
	2. 8. 11	24. 8. 11	5 11. 11	2. 8. 11	24. 8. 11	5. 11. 11	
1. R. A.	23,0	23,0	—	126	126	—	Bl
2. Th. W.	25,6	26,0	30,1	132	132	134	Bl
3. E. W.	20,5	20,0	—	117	119	—	Bl
4. K. Sch.	18,6	19,5	20,2	114	118	119	A Bl
5. K. Sch.	30,4	30,8	34,0	140	141	144	Bl
6. A. Sch.	17,5	18,5	19,1	109	111	111,5	Bl
7. P. St.	16,4	17,6	—	115	116	—	A Bl
8. M. E.	29,0	30,3	—	141	141	—	A Bl
9. H. E.	25,5	26,6	—	135	136	—	Bl

Es berechnet sich so die Gewichtszunahme auf 5 kg und die Wachstumszunahme auf 12 cm pro Jahr und Kind im Durchschnitt *). Da bei Kindern im Alter der Untersuchten das Mittel der Gewichtszunahme 2,8 kg, der Wachstumszunahme 5,2 cm zu sein pflegt, so kann man die Größen- und Gewichtszunahme unserer Versuchskinder als eine äußerst günstige bezeichnen, auch wenn man das in Betracht zieht, daß die Kinder während des Wachstumsmaximums im Jahre untersucht wurden. Wird mit dem Mittel Blutan und Arsenblutan bei diesen Kindern noch weiter fortgefahren, so kann mit Sicherheit ein Einholen der Normalkinder in Aussicht gestellt werden. Die Kinder werden in die Zahl der leistungsfähigen einrücken, was für Schüler und Elternhaus und darum für das gesamte Volkswohl von größter Bedeutung ist.



B. Hämoglobinzunahme.

Untersuchung von 9 Kindern.

Die Hämoglobinmessungen wurden mit dem Gowerschen Apparat vorgenommen. Die Resultate dieser können ebenfalls als günstige, namentlich für die Wirkung des Arsenblutan bezeichnet werden. Sie stimmen mit den Untersuchungen der Herren Dr. C. Blümel, Dr. H. Gerber, Dr. Weissmann und namentlich Dr. R. Fuchs überein.

Blutkörperchenzählungen konnte ich nur einmal vornehmen, da diese Versuchskinder sich der weiteren Blutentnahme entzogen haben. Ich habe hier vor Beginn der Kur durchweg einen großen Abmangel roter Blutkörperchen konstatieren können (im Gesichtsfeld der Netzquadratur waren nur 23 bis 24 rote Blutkörperchen gegenüber ca. 30 der Normalität).

	Hämoglobin			
	2 8. 11	24. 8. 11	5. 11. 11	
Versuchskind 1	60	82	102	Bl
„ 2	80	85	100	Bl
„ 3	50	85	90	Bl
„ 4	65	105	110	A Bl
„ 5	90	85	105	Bl
„ 6	90	90	90	Bl
„ 7	70	95	102	A Bl
„ 8	90	100	—	A Bl
„ 9	70	90	105	Bl

C. Blutdruckmessungen.

Untersuchung von 8 Kindern.

Die Blutdruckmessungen machte ich mit einem Federsphygmographen eigener Konstruktion. Die Abbildung dieses sei nebenan beigefügt. Derselbe ermöglicht bei großem Ausschlag und feiner Einstellung dem Arterienrohr leicht abzustufenden Widerstand entgegenzustellen. Die Differenz zwischen eben beginnendem Ausschlag und unterdrückten solchen, bezw. die Zahl der Schraubenumdrehungen, die gemacht werden müssen, um den Pulsdruckknopf, der auf einen eben sichtbaren Ausschlag am Zeiger eingestellt wird, so auf den Speichenpuls zu drücken, daß der Pulsschlag aufhört gesehen zu werden, gibt den Blutdruck an, wogegen die Höhe des besten Ausschlags die Pulsfüllung anzeigt. Da mir zu dem Apparat noch keine Registriervorrichtung zur Verfügung stand, so habe ich den Pulsausschlag auf einer Millimeter-Skala nur abgelesen und notiert. Ich habe festgestellt, daß 2 Umdrehungen der Schraube rund = 40, 4 Umdrehungen = 60,

*) Nur die Kinder, welche auch am 5. 11. 11 untersucht wurden, habe ich in Rechnung gezogen.

6 Umdrehungen = 80, 8 = 100, 10 = 120 Hg entsprechen. Von den Versuchskindern erhielten die ersten vier Arsenblutan, die letzten vier Blutan.

Versuchskinder					Hier Blutan u. Arsenblutan			
	1. Untersuch.		2. Untersuch.		3. Untersuch.		4. Untersuch.	
	Bd	PH	Bd	PH	Bd	PH	Bd	PH
1. B.	4,5	2,0	4,5	2,2	krank		5,0	3,5
2. Sch. . . .	2,6	1,0	2,6	1,0	3,5	1,2	4,0	3,0
3. G.	6,0	2,0	6,0	2,1	6,3	2,2	5,5	3,0
4. Pf.	4,3	1,5	4,5	1,5	5,7	2.0	5,5	3,0
5. R.	4,9	2,0	5,0	2,5	7,9	3,5	7,5	3,0
6. V.	2,7	1,0	2 8	1,0	3,0	1,5	3,5	2,0
7. Sch. . . .	4,9	2,0	5;1	2,1	5,3	2,5	6,0	3,0
8. B.	4,8	2,1	5,2	2,1	—	—	6,0	4,0

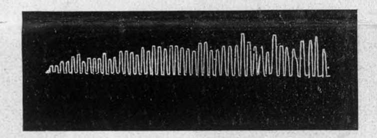
Bd = Blutdruck in Umdrehungen. PH = Pulshöhe in mm.

D.

Mit der Vermehrung und Verbesserung der Blutmenge ist es aber nicht allein getan. Es gibt viele blühend aussehende nicht blutarme Menschen, denen jede Körper- und Geistesenergie abgeht. Hat das Blut auch die Fähigkeit, sich in den Dienst der Arbeit des Körpers und Geistes zu stellen? Ist es also, wenn es verbessert und vermehrt wurde, imstande, in den Organen mehr Energie als früher zu entwickeln? Wir wollen dies aus unseren Untersuchungen zunächst an dem Muskelsystem eruieren. Wird die grobe Kraft des Muskels eine bessere?

11 Kinder treten zur Untersuchung an.

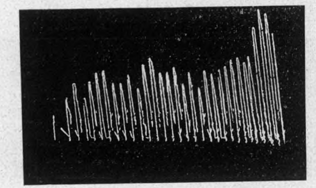
Ich untersuchte mit dem Mossoapparat, der auf einer Trommel die Hubhöhe und Hubhäufigkeit registriert, die durch Ziehen einer 2,5 kg schweren Kugel erzielt wurde. In vielen Fällen wurde im Laufe der Zeit eine Besserung zuwege gebracht. Eine Angewöhnung kann wohl nicht in Frage kommen, da bei unsern Versuchen ziemliche Zwischenräume zwischen den einzelnen dieser liegen. Die Hubhäufigkeit und die Hubhöhe wurde meist eine größere.



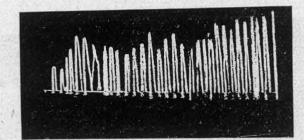
2. 8. 11



10 8. 11

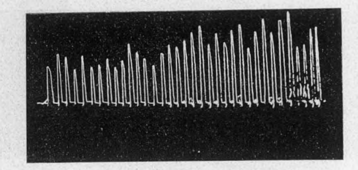


24 8. 11

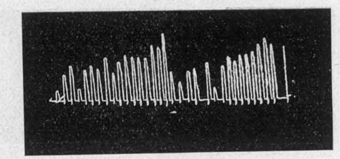


5. 11. 11

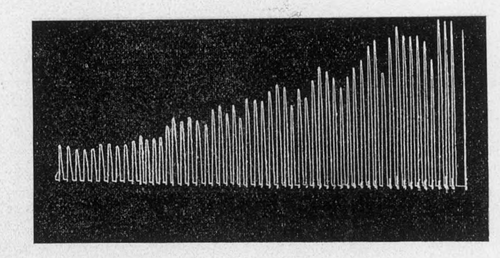
Versuch 1.



2. 8. 11

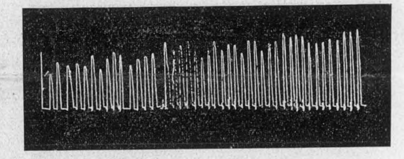


10. 8. 11

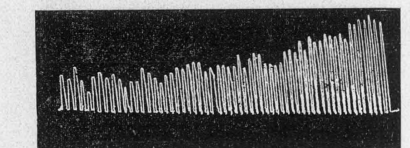


24. 8. 11

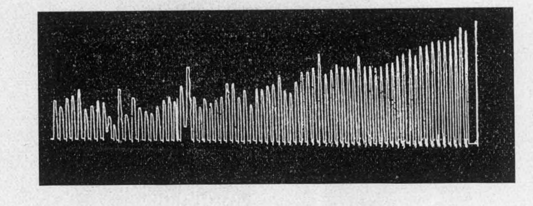
Versuch 2.



2. 8. 11

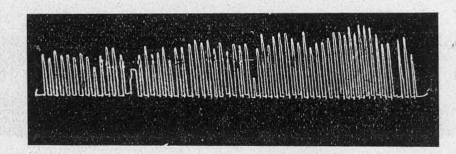


10. 8. 11

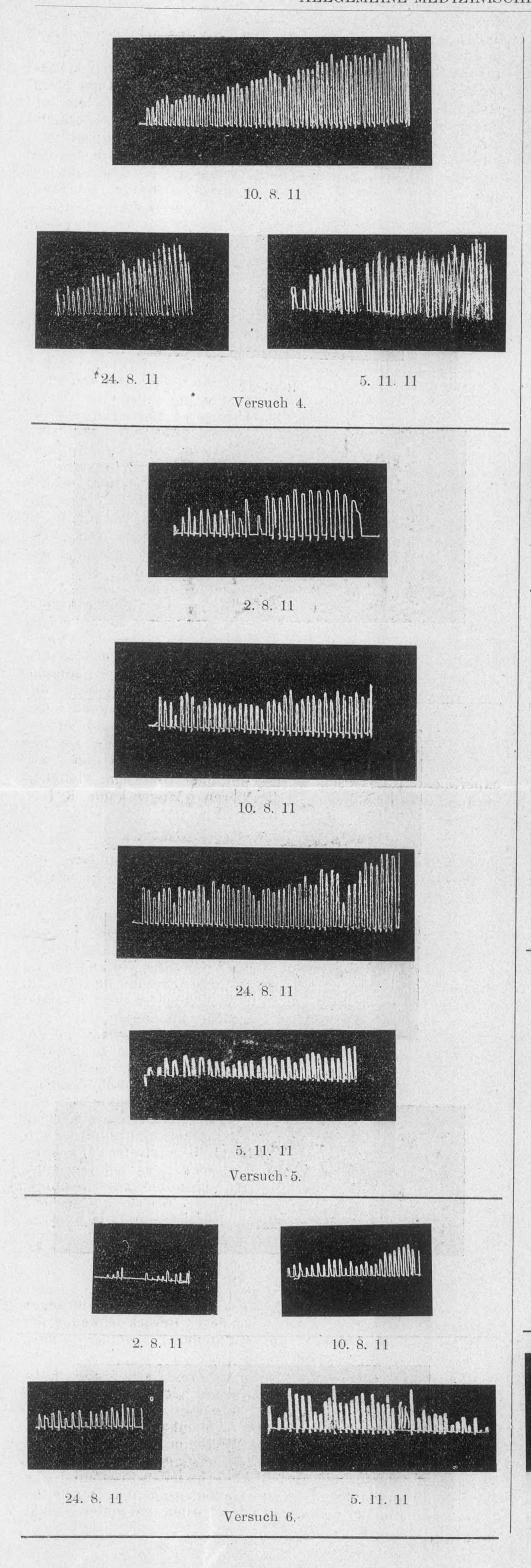


24. 8. 11

Versuch 3.



2. 8. 11



10. 8. 11

24. 8. 11 5. 11. 11

Versuch 4.

2. 8. 11

10. 8. 11

24. 8. 11

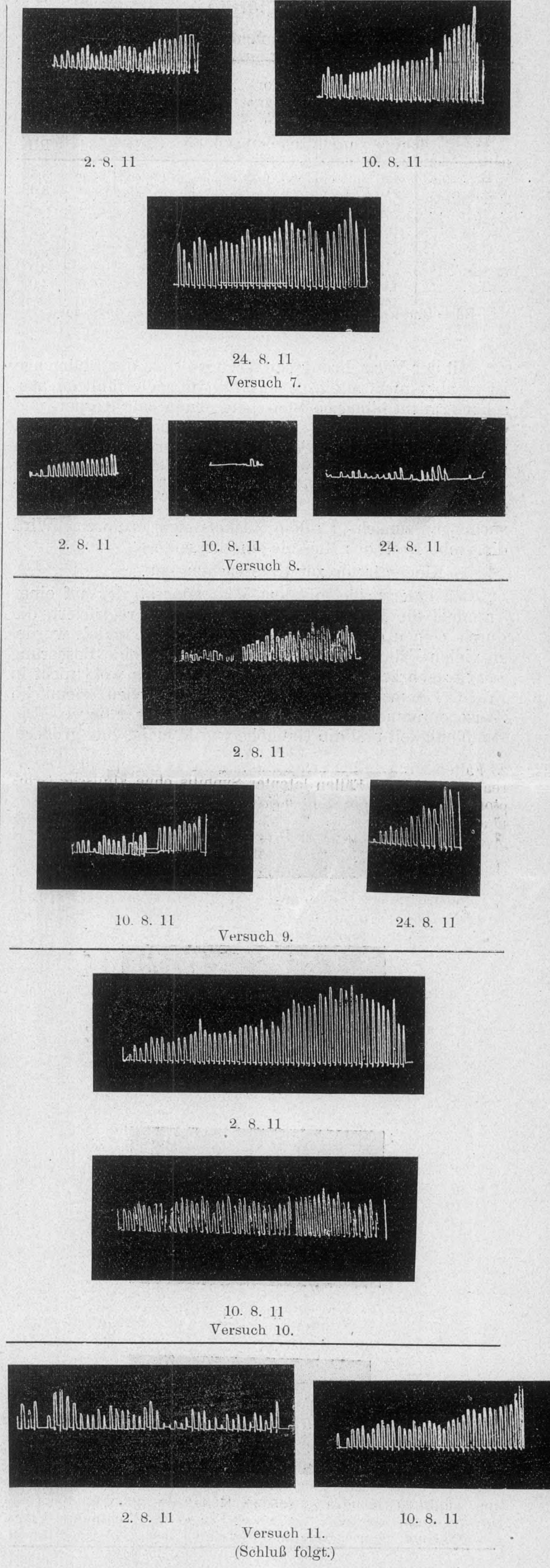
5. 11. 11

Versuch 5.

2. 8. 11 10. 8. 11

24. 8. 11 5. 11. 11

Versuch 6.



2. 8. 11 10. 8. 11

24. 8. 11

Versuch 7.

2. 8. 11 10. 8. 11 24. 8. 11

Versuch 8.

2. 8. 11

10. 8. 11 24. 8. 11

Versuch 9.

2. 8. 11

10. 8. 11

Versuch 10.

2. 8. 11 10. 8. 11

Versuch 11.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Prof. Dr. **H. Noguchi** (New York): **Hautallergie bei Syphilis; ihre diagnostische und prognostische Bedeutung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Verf., dem es vor einiger Zeit gelungen ist, die Spirochaete pallida rein zu züchten, hat aus Asciteskulturen und Ascitesagarkulturen der Spirochaete pallida, die durch Erwärmen abgetötet waren, eine Suspension hergestellt, die er „Luetin" nennt, und damit Versuche über die Frage angestellt, ob auch bei der Syphilis eine Hautallergie analog der Pirquetschen Reaktion bei der Tuberkulose existiert. Die Flüssigkeit wurde in der Dosis von 0,05 ccm intrakutan injiziert. Bei gesunden oder an anderen Krankheiten leidenden Menschen überschritt die darnach eintretende Reaktion nie die Grenze der rein traumatischen Reizung. Die Haut syphilitischer Individuen reagierte verschieden, je nach dem Stadium der Krankheit und der Art und Intensität antisyphilitischer Therapie. In der Gruppe der Primärsyphilis reagierten fünf unbehandelte und zwei nur wenig behandelte Fälle negativ, während ein nur wenig behandelter Fall eine positive Reaktion zeigte. Bei den Fällen mit manifesten Sekundärerscheinungen, die nur wenig therapeutisch beeinflußt waren, war die Reaktion nur in 2 von 12 Fällen deutlich. In einer anderen Reihe von Fällen mit im Laufe der Behandlung zurückgegangenen Sekundärerscheinungen gaben von 7 mit Hg behandelten Fällen 4, von 30 mit Salvarsan behandelten Fällen 22 eine gut ausgebildete Hautreaktion. Von den mit Hg behandelten Fällen zeigten die drei mit negativer Hautreaktion eine sehr stark positive Wassermannsche Reaktion, während die 8 negativen Fälle der Salvarsangruppe bereits ein Jahr zuvor behandelt waren und seitdem ständig eine negative Wassermannsche Reaktion gezeigt hatten. In der Gruppe der Tertiärsyphilis war in 27 Fällen mit manifesten Tertiärläsionen die Reaktion ausnahmslos positiv. Von den Fällen dieser Gruppe, welche sich unter regelmäßiger Behandlung befunden hatten und die keine Läsionen aufwiesen, gaben 19 von 20 mit Hg behandelten und 11 von 12 mit Salvarsan injizierten Fällen eine deutliche positive Hautreaktion. Die Wassermannsche Reaktion war in diesen Fällen gewöhnlich sehr schwach oder auch negativ. Von 23 Fällen mit hereditärer Syphilis hatten 22 eine positive Hautreaktion. Von 30 Fällen latenter Syphilis ohne klinische Symptome gaben 24 eine deutlich positive Reaktion. Die Wassermannsche Reaktion war in diesen Fällen meist schwach positiv oder ganz negativ. In 45 von 72 Fällen von Dementia paralytica und in 3 von 5 Tabesfällen war die Reaktion positiv. R. L.

Dr. **Richard Bauer**, Assistent der II. medizin. Universitätsklinik in Wien: **Die klinisch-serologische Diagnose der luetischen Nierenerkrankungen.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, No. 42.)

Die luetische Infektion ist nach Verf. zweifellos geeignet, Erkrankungen der Niere herbeizuführen, doch scheinen diese sehr selten zu sein. Die Erkrankung kann sowohl durch Toxinwirkung als durch Ansiedelung der Spirochäten in der Niere erklärt werden. Außer den bewährten diagnostischen Hilfsmitteln lassen die Symptome isolierter Amyloiderkrankung der Niere, für die sich sonst keine Erklärung findet, an luetische Aetiologie denken. Die Wassermannsche Reaktion im Serum ist bei diesen Nierenerkrankungen sehr ausgeprägt und für die sichere Diagnose äußerst wertvoll. Die Wassermannsche Reaktion im Harn scheint ebenfalls konstant aufzutreten, bei reichlichem Globulingehalt (ca. 8—10 pro Mille Gesamteiweiß) ist sie im nativen Harn positiv, sonst nur in der Globulinfraktion nachweisbar. Der positive Befund der Harnreaktion spricht vorläufig nur im gleichen Sinne wie die Seroreaktion, gestattet aber bisher keinen Schluß darauf, ob die Nierenerkrankung auf einer Toxinwirkung von seiten der im übrigen Organismus vorhandenen Spirochäten oder einer Ansiedelung derselben in der Niere selbst beruht. Kr.

Privatdozent Dr. **Paul Asch** (Straßburg i. E.): **Habituelle Stuhlverstopfung und Harnorgane.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Es gibt Patienten mit Erscheinungen seitens der Harnorgane, bei denen als alleinige Ursache derselben eine hartnäckige Obstipation festzustellen ist. Bei der einen Gruppe von Kranken, die Verf. beobachten konnte, handelt es sich um eine rein mechanische Einwirkung des durch die gestauten Kotmassen ausgedehnten Rektums auf Blase, Prostata und Harnröhre. Bei vier derartigen Patienten, Männern, die längere Zeit über häufigen Harndrang, geringe Menge des gelassenen Urins, Harnträufeln klagten, trat eines Tages vollkommene Urinretention ein. Durch Nélatonkatheter wurden 2—3 Liter durch Phosphate leicht getrübten Urins entleert. Eine Erkrankung der Harnorgane ließ sich nicht nachweisen, dagegen bestand eine enorme Ansammlung von Fäces im Rektum, deren Entleerung nur durch wiederholte warme Einläufe erzielt werden konnte. Diese Patienten hatten seit Jahren nur alle 4—8 Tage Stuhlgang. Nach Regelung des Stuhlgangs durch große Oeleinläufe gingen die Erscheinungen von seiten der Blase vollständig zurück. Ebstein u. a. haben ähnliche Beobachtungen mitgeteilt. Bei der zweiten Gruppe von Kranken, beiderlei Geschlechts, bezogen sich die Beschwerden auf häufigen, manchmal schmerzhaften Urindrang; außerdem bestanden Kopfschmerzen etc. Gleichzeitig bestand eine meist spastische Obstipation, die von den nervösen Patienten zu sehr mit den verschiedensten Abführmitteln bekämpft wurde. Das Weglassen derselben und die Bekämpfung der habituellen Stuhlverstopfung mit großen Oelklistieren oder mit Paraffininjektionen nach Lipowski brachte ohne örtliche Behandlung auch die Erscheinungen seitens der Harnorgane zum Verschwinden. Die dritte Gruppe von Kranken unterscheidet sich von den beiden anderen dadurch, daß hier auch Befunde vorhanden waren, die auf pathologische Veränderungen in den Harnorganen hindeuteten. Verf. berichtet über vier derartige Fälle, zwei Männer und zwei Frauen im Alter von 35 bis 45 Jahren, von denen zwei über häufigeren Harndrang als gewöhnlich klagten, während zwei mit der Diagnose „chronische Nephritis" überwiesen wurden. Erst die wiederholte Untersuchung des Urins ließ in den ersten Fällen Zylindrurie, in den letzten Albuminurie feststellen. Allen vier Fällen gemeinsam war der Reichtum des Urins an Bacterium coli, was die Aufmerksamkeit auf den Darm lenkte. In der Tat litten alle vier Patienten an chronischer Obstipation. Die lokale Behandlung der letzteren mit Oelklistieren, Paraffininjektionen etc. führte allmählich auch — ohne Verabreichung von Harndesinfizientien — ein Verschwinden der Albuminurie und Zylindrurie, sowie eine Abnahme und Heilung der Coliurie herbei. Leukocyten und rote Blutkörperchen wurden in diesen Fällen niemals gefunden. Auch auf derartige Fälle hat Ebstein schon gelegentlich aufmerksam gemacht. Die chronische Obstipation kann wohl dadurch eine vorübergehende Schädigung der Nieren hervorrufen, daß sie 1. zu einer Hyperämie des harnbereitenden Apparates, zu einer Schwellung der Ureterschleimhaut, sowie einer Harnstauung im Ureter und Nierenbecken führt; 2. ist das Bacterium coli von Bedeutung, welches bei Koprostase im Darm sich stark vermehrt und dann, wie experimentell bewiesen wurde, auf dem Blutwege, vielleicht auch auf dem Lymphwege in die Nieren gelangen kann. R. L.

Neurologie und Psychiatrie.

Prof. **Friedrich Schultze** (Bonn): **Zur Symptomatologie der Parkinsonschen Krankheit.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 44.)

Bei der Paralysis agitans handelt es sich für gewöhnlich überhaupt um keine Lähmung, höchstens in den letzten Stadien. Die Lähmung wird vorgetäuscht durch eine eigentümliche Steifigkeit der Muskeln und eine Verlangsamung der Bewegungen. Auch die Agitatio, das Schütteln und Zittern, ist nicht immer und oft nur angedeutet vorhanden; also die Hauptsymptome der „Paralysis agitans" können fehlen. Verf. hält es deshalb für zweckmäßig, statt Paralysis agitans die Bezeichnung „Parkinsonsche Krankheit" zu gebrauchen, nach dem ersten Beschreiber der Krankheit. Verf. macht ferner darauf aufmerksam, daß in einem Teil der Fälle seltener Lidschlag, das Stellwagsche Symptom, vorhanden ist. Das Zittern ist nicht selten in geringem Grade als alleiniges Zeichen der Krankheit in der Form des typischen Ruhezitterns vorhanden, ohne daß andere Symptome hervortreten. Es kann ein Intentionszittern vorgetäuscht werden, weil bei Bewegungen Aufregung und Anstrengung zu stärkerem Zittern führen. Es kann auch das Intentionszittern zeitweise überwiegen, während das Ruhezittern ausbleibt. Die Sehnenreflexe sind bei der Parkinsonschen Krankheit gewöhnlich normal, können aber auch gesteigert sein. Zuweilen fehlen die Achillessehnenreflexe.

Dr. **Eduard Stierlin** (Basel): **Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Unter besonderer Berücksichtigung der Eisenbahnkatastrophe von Müllheim.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 44.)

Verf. hatte Gelegenheit, bei einer Anzahl von großen Katastrophen der letzten Jahre (Erdbeben in Valparaiso, Aug. 1906, Erdbeben von Messina-Reggio, Dezember 1908, Grubenkatastrophe von Courrières, März 1906, Grubenkatastrophe von Radbod 1908, Eisenbahnunglück von Müllheim, Juli 1911) Ueberlebende an Ort und Stelle auf ihren geistigen und körperlichen Zustand zu untersuchen. Er teilt die erhaltenen Ergebnisse ausführlich mit und faßt sie folgendermaßen zusammen: Der heftige Schreck, teils in Verbndung mit körperlichen und anderen seeli-

schen Insulten, brachte eine Reihe psychischer und nervöser Störungen zustande, und zwar 1. akute, in einigen Tagen ablaufende Schreckpsychosen vom Charakter hysterischer oder epileptischer Dämmerzustände, ferner solche von chronischem Verlauf, die an Erschöpfungspsychosen und Korsakow erinnerten. 2. Bei einer größeren Anzahl von Ueberlebenden wurde in der ersten Zeit nach der Katastrophe ein typischer, bisher nicht beschriebener nervöser, vorwiegend vasomotorischer Symptomenkomplex nachgewiesen mit folgenden Hauptsymptomen: Schlafstörungen, erhöhte Frequenz und Labilität des Pulses, Steigerung der Patellarreflexe, außerdem, jedoch weniger regelmäßig: Dermographie, starkes Schwitzen, Gefühl aufsteigender Hitze, kühle Extremitäten, Cephalalgie, Vertigo, Abulie, Tremor. Die Stimmung war in der Regel auffallend gut und ruhig, oft heiter. Es bestand nicht die psychopathische Konstitution des Traumatikers. Diese Störungen klangen meist restlos ab, bei einzelnen aber entwickelten sich daraus 3. eigentliche Neurosen. Bezüglich der Rassendisposition ist hervorzuheben, daß der Süditaliener zwar zu rasch ablaufenden akuten hysterischen Manifestationen disponiert scheint, daß aber schwere Neurosen in auffallend geringer Zahl und fast nur vom ersten Monat an beobachtet wurden. Der nordfranzösische Arbeiter erwies sich namentlich für hysterische Neurosenformen disponiert. Bei Deutschen der besser gestellten sozialen Klassen wurden vorwiegend neurasthenische Störungen beobachtet. Eine für Katastrophen mehr oder weniger typische Neurosenform ist die Angstneurose. Im Zentrum deses Krankheitsbildes steht der Erinnerungsaffekt der Katastrophe. Bis jetzt kennt Verf. 8 Fälle leichter und schwerster traumatischer Neurosen infolge der Müllheimer Eisenbahnkatastrophe: zwei schwere und zwei leichtere, mehr neurasthenische Schreckneurosen, zwei Angstneurosen, wovon eine von ausgesprochen hysterischem Typus, zwei leichtere Unfallneurosen mit Präokkupation durch Entschädigungsangelegenheiten. Ein Patient erlitt eine Commotio, ein zweiter scheint nur einige Momente bewußtlos gewesen zu sein. R. L.

Chirurgie.

Dr. G. **Fedor Haenisch** (Hamburg): **Die Röntgenuntersuchung bei Verengerungen des Dickdarms. Röntgenologische Frühdiagnose des Dickdarmcarcinoms.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Verf. faßt seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Für die Röntgenuntersuchung des Dickdarms genügt die Wismutmahlzeit per os zunächst nicht. Es sind Bismuteinläufe erforderlich. Auch hier genügt die Röntgenphotographie keineswegs; die Hauptsache bleibt die Beobachtung auf dem Leuchtschirm während des Einlaufs in liegender Stellung; wichtige Momente werden röntgenographiert. 2. Es lassen sich nachweisen: Lageanomalien, Schlingenbildungen, Erweiterungen und Stenosen des Lumens, Abknickungen, Verwachsungen, Spasmen, Zugehörigkeit palpabler Tumoren zum Darm. 3. Unter den Lumenverengerungen sind mit einiger Sicherheit Tumoren des Darmes, Spasmen, Verengerungen durch Verwachsungen zu unterscheiden. 4. Die klinischen Untersuchungsresultate sind für eine Diagnosenstellung stets sorgfältig zu berücksichtigen. 5. Eine Diagnose darf erst nach mindestens 2 maliger Untersuchung in angemessenen Zeitabständen gestellt werden. In zahlreichen Fällen kann die Röntgenuntersuchung nur die entscheidende Indikation für die Berechtigung einer Probelaparotomie abgeben. In vereinzelten Fällen ist eine wirkliche Frühdiagnose des Carcinoms möglich, in anderen ermöglicht die Röntgenuntersuchung die genaue Lokalisation der vermuteten Stenose resp. des Tumors, in wieder anderen deckt sie die Gründe für eine hartnäckige Obstipation auf. 6. Nach beendeter Untersuchung soll die Wismut-Bolusmischung unter Schirmbeobachtung ausgehebert werden. Dies Verfahren gibt oft weitere Anhaltspunkte, andererseits werden dem Patienten große Beschwerden durch Verhärtung der Einlaufmasse erspart. — Eine Reihe von Krankengeschichten fügt Verf. zur Erläuterung bei.

Dr. **Rudolf Paschkis** (Wien): **Zur Frage der explorativen Bloßlegung beider Nieren bei Tuberkulose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

In seltenen Fällen gelingt es bei Nierentuberkulose, auch wenn die Krankheit als solche durch den klinischen Befund sichergestellt ist, mittels der bekannten Untersuchungsmethoden der funktionellen Nierendiagnostik eindeutig zu entscheiden, ob die Erkrankung einseitig oder doppelseitig ist, bezw. welche Seite der Sitz der Erkrankung ist. Ferner gibt es Fälle, in denen vorgeschrittene sekundäre Veränderungen der Harnblase (Schrumpfblase etc.) die Anwendung der endovesikalen Untersuchungsmethoden von vornherein unmöglich machen. In solchen Fällen bleibt nichts übrig als die explorative Bloßlegung beider Nieren auf lumbalem, extraperitonealem Wege. Auf Grund der auf der Abteilung von Prof. Otto Zuckerkandl in Wien gemachten Erfahrungen empfiehlt Verf. dieses Vorgehen. Er teilt zunächst 16 Fälle mit, in denen in dieser Weise operiert wurde. Zwei Fälle erwiesen sich als doppelseitig schwer erkrankt und nichtoperabel. In den übrigen wurde einseitig nephrektomiert; davon starben vier Kranke im Anschluß an die Operation, kurze Zeit nachher einer; vier Fälle sind geheilt, fünf Fälle zum Teil wesentlich gebessert. Es handelte sich in allen Fällen um besonders schwere, lange Jahre bestehende Krankheitsprozesse und entsprechend geschwächte Patienten. Was das Befinden der Geheilten und Gebesserten anlangt, so wurde der Allgemeinzustand immer erheblich gebessert; es trat Gewichtszunahme ein; die Kranken wurden wieder arbeitsfähig. Die lokalen Beschwerden verschwinden in manchen Fällen vollständig; die Miktion wird, was ihre Häufigkeit anlangt, normal, der Harn klar. In anderen Fällen schwinden wenigstens die Schmerzen bei der Miktion, der vermehrte Harndrang und die Trübung des Harns bleiben bestehen. Die günstig verlaufenden Fälle unterscheiden sich im ganzen bei Bloßlegung beider Nieren bezüglich der Erfolge der Operation nicht von den einseitig operierten. Der Verlauf der Operation ist gewöhnlich folgender: Sind cystoskopisch oder klinisch Anhaltspunkte dafür vorhanden, welche Niere die kranke ist, so wird zuerst die andere, d. h. die als gesund supponierte Niere durch einen entsprechend großen Schnitt freigelegt, worauf nach Inspektion und Palpation des Organs die Niere luxiert, dann dekapsuliert wird und mit der Inspektion des Ureters die Operation beendigt wird. Hierauf komplettter Verschluß der Wunde, Umlagerung des Patienten auf die andere Seite, Bloßlegung der Niere und, wenn diese krank, Nephrektomie. Nur unwesentlich wird die Operation verlängert, wenn einmal zuerst auf der kranken Seite eingegangen wird, denn bei einem derartigen Befund wird diese Seite nur provisorisch verschlossen, dann erst die andere Niere bloßgelegt und bei günstigem Befund an derselben, nach Verschluß dieser Seite, die zuerst bloßgelegte Niere entfernt. R. L.

Allgemeine Pathologie; Pharmakologie.

S. **Ishioka**, prakt. Arzt aus Tokio: **Zur klinischen Bedeutung und Kritik eines Harnbefundes bei Carcinomatösen nach Salkowski.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 40.)

Verf. hat in der medizinischen Klinik in Jena an möglichst vielen und von verschiedenartigen Krankheiten stammenden Urinen die Angaben Salkowskis geprüft, wonach in Urinen, die von Carcinomkranken stammen, der kolloidale Stickstoff gegenüber normalen und von anderen Krankheiten stammenden Urinen konstant vermehrt sein soll. Die Untersuchungen beanspruchen nicht nur ein therapeutisches, sondern vor allen Dingen ein großes praktisches Interesse, da es unter Anwendung der Salkowskischen Methode ein leichtes wäre, eine sichere und frühzeitige Carcinomdiagnose zu stellen. Verf. bediente sich bei seinen Untersuchungen der von Salkowski und später von Kojo ausgearbeiteten und modifizierten, für klinische Zwecke brauchbaren und einfachen Methode. Diese beruht im wesentlichen darauf, daß der durch verschiedene Schwermetalle erzeugbare, von Harnstoff möglichst freie, den kolloidalen N enthaltende Niederschlag in Verhältnis gesetzt wird zu dem Gesamt-N des Urins. Diese Relation (CN-pCt.) soll bei von Carcinomkranken stammenden Urinen größer sein als in Urinen von Nichtcarcinomatösen.

Nach den Untersuchungen des Verfassers ist ein hoher Wert für CN-pCt. nicht spezifisch für Carcinom; es gibt nicht nur Carcinomfälle mit niedrigem CN-pCt., sondern es gibt auch eine ganze Anzahl anderer Erkrankungen, besonders Lebercirrhose, Diabetes und Infektionskrankheiten, die mehr oder weniger konstant einen hohen Wert von CN-pCt. besitzen. Es ist allerdings richtig, daß im Durchschnitt CN-pCt. bei Carcinom höher ist als bei gesunden Menschen und Kranken, die nicht an Carcinom leiden, von den genannten Ausnahmen abgesehen. Verf. glaubt, daß der Ernährungszustand beziehungsweise die Nahrungszufuhr (N-Gleichgewicht?) und ähnliche, bei der bisher eingehaltenen Versuchsanordnung nicht berücksichtigte Faktoren eine Einfluß auf CN-pCt. haben können. Verfassers Resultate stimmen mit denen von Gross und Reh (Medizin. Klinik, 1911, No. 20) gut überein, die etwa 35 Urine untersuchten und feststellen konnten, daß die Vermehrung des kolloidalen Stickstoffes nicht pathognomonisch für Carcinom ist, vielmehr nur von gewissen, gelegentlich das Carcinom begleitenden Stoffwechselstörungen abhängig zu sein scheint, wie sie bei schweren Kachexien und anderen, mit starkem Eiweißzerfall einhergehenden Erkrankungen und Leberschädigungen in oft höherem Maße vorkommen.

Dr. **Löwenstein** (Bad Godesberg): **Ueber die Giftigkeit des in die freie Bauchhöhle ergossenen Blutes.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 46.)

Von Bröse erschien in No. 38 des Jahrganges 1911 des „Zentralblattes für Gynäkologie“ eine Arbeit, in der die Giftig-

keit des in die freie Bauchhöhle ergossenen Blutes diskutiert wird. Bröse hebt hervor, wie weit die Ansichten über die möglichen Folgen eines intraperitonealen Blutergusses, der nicht durch die hochgradige Anämie schnell letal wirkte, auseinandergehen: Während man auf der einen Seite ihm eine belebende, also geradezu vorteilhafte Wirkung zuschreibt (Flatau), betrachten andere (Werth) ihn als direkt gefährlich, weil infolge Resorption der Blutbestandteile toxisch wirkend. Bröse schildert an der Hand dreier von ihm beobachteter Fälle den dem intraabdominalen Bluterguß eigenen Symptomenkomplex: Darmlähmung, leichtere oder höhere Temperatursteigerung, zunehmende Frequenz des Pulses und Somnolenz. Bröse gelangt auf Grund seiner Beobachtungen (bei Operation und Sektion) zu dem Schlusse, daß das in die Bauchhöhle ausgetretene Blut durchaus nicht vorteilhaft wirkt, sondern als zweifellos unnütz und unter Umständen schwer toxisch anzusehen ist. Man muß nach Bröse bei Störungen der geschilderten Art nach Laparotomie an die Möglichkeit einer in die freie Bauchhöhle hinein stattgehabten Blutung denken, und er empfiehlt für solche Fälle Punktion durchs hintere Scheidengewölbe und eventuell Colpotomia posterior.

L. berichtet in vorliegender Arbeit über zwei Fälle, die den Bröseschen Fällen durchaus ähneln und in prägnantester Weise die Richtigkeit seiner Auffassung und seines daraus hergeleiteten Vorschlags der diagnostischen Punktion und der Colpotomia posterior beweisen.

Gemeinsam erscheint allen Fällen als hervorstechendstes Symptom die Somnolenz, welche nach Verf. sicherlich auf Wirkung resorbierter toxischer Stoffe zurückzuführen ist.

Dr. **Richard Bauer**, Sekundärarzt der gynäkologischen Abt. des Krankenhauses Wieden in Wien: **Ueber die Wirkung der Radiumemanation auf Eier niederer Tiere.** (Wiener klinische Wochenschrift, 1911, No. 42.)

Die Untersuchungen mehrerer Forscher, insbesondere die beiden Arbeiten O. Hertwigs „Ueber die Radiumstrahlung in ihrer Einwirkung auf die Entwicklung tierischer Eier" zeigen, daß die vom Radium und seinen Verbindungen ausgehenden Strahlen auf die Entwicklung höherer Organismen hemmend einwirken. Friedberger und Pfeiffer, Werner u. a. haben die baktericide Kraft der Radiumstrahlen auf Mikroorganismen sowohl pathogener, als auch nichtpathogener Natur experimentell untersucht, wobei sie alle den wachstums- und entwicklungshemmenden Einfluß der Radiumstrahlen feststellen konnten. Eine Reihe anderer Autoren hat die Wirkung der Radiumemanation geprüft, die sie durch mehr oder weniger komplizierte Apparate erzeugten und auf verschiedene Organismen wirken ließen. So konnten Kalmann, Dorn u. a. den baktericiden resp. wachstumshemmenden Einfluß der Emanation auf Bacillus prodigiosus, Bacillus pyocyaneus, Bacterium fluorescens, Cholera, Milzbrand, Typhus, Mäusetyphus und Diphtherie, London die abtötende Wirkung auf wachsende Mäuse nachweisen. Besonderes Interesse beanspruchen die in letzter Zeit von W. Falta und G. Schwarz publizierten, mit reinem Emanationsgas angestellten Versuche, weil sie zeigen, daß das Radiumemanationsgas auf das Auskeimen von Haferkeimen und auf das spätere Wachstum der Pflanzen fördernd wirkt, was ganz im Gegensatz steht zu den bisher mit dem Radium und seiner Emanation bezüglich ihrer Wirkung auf Lebewesen gemachten Erfahrungen. Anschließend an diese Mitteilung stellte Verf. vorliegender Arbeit eine kleine Versuchsreihe an, um zu beobachten, ob analog den Ergebnissen der beiden Autoren das Emanationsgas auf die Entwicklung befruchteter Tiereier im Sinne einer Wachstumsförderung wirkt. Es wurden gleichaltrige befruchtete Eier von Bufo viridis (Wechselkröte) und gleichartige, frisch abgesetzte Eier von Triton alpestris (Bergmolch) verwendet. Verf. fand bei allen Versuchen eine durch das Emanationsgas bedingte, deutliche und intensive Wachstumshemmung und eine Herabsetzung der Lebensäußerungen, schließlich Absterben der Organismen. Er konnte keinen Unterschied zwischen der Wirkung des Emanationsgases und der von den Autoren beschriebenen Wirkung der Radiumstrahlung beobachten und kommt also zu dem Schlusse, daß die bei Pflanzen festgestellte wachstumsfördernde Wirkung der Emanation bei tierischen Organismen nicht beobachtet werden kann, sondern daß hier eine Hemmung resp. Aufhebung der Lebensfunktionen eintritt.

Kr.

H. Boruttau: Kriterien des therapeutischen Wertes organischer Jodpräparate. Aus der biochemischen Abteilung des städt. Krankenhauses im Friedrichshain in Berlin. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 43.)

Täglich wächst die Zahl der auf den Markt gebrachten organischen Jodpräparate; mit dem Bestreben, ihre therapeutische Wirksamkeit zu vervollkommnen, gehen leider offene und versteckte Angriffe auf die jeweiligen Konkurrenzprodukte einher, ebenso wie in der Literatur auch die Behauptung nicht fehlt, daß die Jodalkalien immer noch den Vorzug vor allen organischen Jodpräparaten verdienen. Der Verfasser unterzieht diese ganze Frage einer kritischen Prüfung an der Hand fremder und eigener Experimentalergebnisse. Die glechmäßigere Zufuhr von Jod zu den Organen gegenüber den Jodalkalien kommt bereits denjenigen Präparaten, deren Jod prompt ausgeschieden wird, wie Jodglidine und Jodival, unzweifelhaft zu. Gegenüber diesen ist den Jodfettpräparaten Jodipin und Sajodin stark verzögerte Ausscheidung und damit Bildung unkontrollierbarer Joddepots vorgeworfen worden; andererseits soll bei Verwendung der letzteren Jod speziell im Fett und Nervengewebe zur Ablagerung gelangen. Aber verglichen mit derjenigen in der Schilddrüse und lymphatischen Organen ist diese „Lipotrophie und Neurotrophie" geringfügig und ihr therapeutischer Wert bis jetzt nicht bewiesen. Um zwischen der schnellen Jodausscheidung bei den dijodierten und der protrahierten bei den monojodierten Fettsäuren einen Mittelweg zu finden, hat man Ester der erstgenannten eingeführt (Lipojodin). Auch diese teilen mit den anderen Jodfettsäurepräparaten die Nachteile sehr wechselnder Ausnützung im Darm. Vorwürfe der Schädlichkeit, die manchen Präparaten gemacht worden sind — Magenreizung durch abgespaltene Jodwasserstoffsäure, größere Giftigkeit im Tierversuch — sind nach den Ausführungen des Verfassers übertrieben, wenn nicht ganz unbegründet. Bei aller Anerkennung der Bestrebungen, chemisch wohldefinierte Verbindungen einzuführen, gebührt immerhin den länger eingeführten und klinisch bewährten Repräsentanten der Jodeiweißkörper (Jodglidine) und Jodfette, die „jodierte Nährmittel" (Schule von Buergi) darstellen, ihr Platz in der Therapie. —r.

Prof. Dr. **W. Heubner** (Göttingen): **Ueber den Salzgehalt der Seeluft.** (Therapeut. Monatshefte, Oktober 1911.)

Vor kurzem haben Loewy, Franz Müller, Cronheim und Bornstein in einer umfangreichen Arbeit „Ueber den Einfluß des Seeklimas und der Seebäder auf den Menschen" (Zeitschrift f. exper. Pathologie u. Therapie, 1911, No. 7) auch einige Versuche mitgeteilt, in denen sie den Kochsalzgehalt der Luft am Nordseestrande prüften. Sie ziehen aus ihren Feststellungen den Schluß, daß die Seeluft praktisch salzfrei sei, jedenfalls den in ihr enthaltenen Salzspuren keine physiologische Wirkung beigemessen werden könne. Eine sehr einfache Beobachtung hat H. überzeugt, daß diese Schlußfolgerung unrichtig ist. Während eines Aufenthaltes auf einer Nordseeinsel bemerkte er, daß seine Brillengläser sich regelmäßig mit Flüssigkeitstropfen beschlugen, wenn er eine Zeitlang bei Seewind am Strande verweilt hatte. Der Beschlag bestand aus Seewasser, wie sich sehr einfach durch den Geschmack, aber auch nach Verdunsten im Sonnenschein an den hinterbleibenden Salzstäubchen erkennen ließ. Es ist selbstverständlich, sagt Verf., daß alle unbekleideten Hautstellen während des Aufenthaltes am Strande in gleicher Weise mit Salzlösung bestäubt werden wie die Brillengläser. Bei Kindern, die sich ja vielfach mit bloßem Hals, Armen und Beinen am Strande herumtummeln, ist es also ein erheblicher Teil der gesamten Körperoberfläche, der den ganzen Tag über mit einer feinen Schicht Salzlösung überzogen bleibt. Verf. glaubt, daß man diesem durch die Luft applizierten Salze doch auch Wirkungen zuschreiben muß.

Regimentsarzt Dr. **Ferdinand Schütz: Ein Fall von Arzneiexanthem.** (Wiener med. Wochenschrift, 1911, No. 43.)

Bei einem 30 jährigen Manne traten nach einjährigem anstandslosen, häufigen Antipyringebrauch bei gleichbleibender Dosis (1 g) auf einmal zwei Erythemflecke am Oberarm auf, die durch 1½ Jahre bei jedesmaliger Aufnahme des Medikaments unter Jucken sich röten und wieder abblassen. Nach dieser Zeit tritt bei derselben Dosis ohne erkennbare Ursache eine Steigerung der Ausbreitung der Hautaffektion ein in Form von plötzlich unter Brennen und Jucken auftretenden Bläschen an Zunge, Eichel, Hodensack und After, welche sich rasch in oberflächliche Geschwüre verwandeln und nach kurzem Bestande bei indifferenter Behandlung vollständig schwinden.

Die Erythemflecke zeigen in ihrer scharfen Begrenzung, dem Abklingen ihres erst rotbraunen, dann bläulichen Farbtones bis zu blassen graublauen Pigmentationen, dem jedesmaligen Aufflammen bei Antipyringebrauch, endlich der absoluten Konstanz der Lokalisation alle Merkmale der von Brocq als Eruption erythémato-pigmentée bezeichneten, von Ehrmann u. a. als fixes Antipyrinexanthem beschriebenen Arzneidermatose, deren klinisches Bild durch die gleichzeitige Bläscheneruption im Munde und an den Genitalien, das plötzliche Auftreten unter Jucken und Brennen und das ebenso rasche Verschwinden der Erscheinungen ohne besondere Behandlung ergänzt und vervollkommnet wird. Tritt ein derartiges Arzneiexanthem wie in vorliegendem Falle bei einem Luetischen auf, so ist eine Verwechselung besonders der belegten Haut- und Schleimhauterosionen mit erodierten, luetischen Papeln doppelt leicht möglich. Zum Glück weisen die Anamnese und der Ver-

lauf meist auf die richtige Diagnose hin; allerdings wird die Antipyrinmedikation von dem Patienten oft — meist absichtlos — verschwiegen. Er kann sich eben nicht vorstellen, daß eine jahrelang anstandslos vertragene Antipyrindosis auf einmal derartige Erscheinungen hervorruft. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **Hugo Hecht** (Prag): **Die bisherigen Ergebnisse der Abortivbehandlung der Syphilis mittels Exzision, Salvarsan und Quecksilber.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 44.)

In der dermatologischen Klinik der Universität in Prag (Prof. Kreibich) werden seit Ende November 1910 Versuche mit einer Abortivbehandlung der Syphilis angestellt. Die Diagnose wird in allen Fällen durch den Nachweis der Spirochäten bekräftigt. Die Behandlung besteht bei negativer Seroreaktion und geeignetem Sitz des Primäraffekts in Exzision, wobei auch manchmal die tastbaren vergrößerten Leistendrüsen entfernt werden. Daran schließt sich eine Salvarsaninjektion, fast stets intravenös in der Dosis von 0,4—0,6 g. Nur in Ausnahmefällen gelangt die intramuskuläre Injektion (neutrale Suspension) zur Verwendung. Die Quecksilberkur wird meistens in Form von Kalomelinjektionen verordnet, eine halbe Spritze der 10proz. Emulsion in Ol. Sesami jeden fünften bis sechsten Tag. Ist eine Kalomelbehandlung nicht möglich, so wird Schmierkur oder eine andere Applikationsform des Quecksilbers verwendet. Den Abschluß der gesamten Behandlung bildet eine zweite intravenöse Salvarsaninjektion. Diese Behandlung dauert 5—6 Wochen, erfordert nur ganz kurzen Krankenhausaufenthalt und wird meist beschwerdefrei ertragen. Die Patienten werden alle 6—8 Wochen kontrolliert und die Wassermannsche Reaktion angestellt. Nach den bisherigen Erfahrungen, die Verf. mitteilt, scheint dieses Verfahren sich sehr gut zu bewähren. Rezidive wurden nur bei vier Fällen gesehen, die mit positiver Seroreaktion, also in vorgeschrittenem Stadium der Infektion, in Behandlung traten und mit Salvarsan und Quecksilber, aber ohne Exzision behandelt wurden.

Privatdozent Dr. **R. Dittler** und Dr. **R. Mohr** (Leipzig): **Zur Kenntnis der Hormonalwirkung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Die klinische Prüfung des von G. Zülzer in die Therapie eingeführten Hormonals (Peristaltikhormons) hat in vielen Fällen sehr günstige Resultate ergeben. Das Hormonal wird in der Dosis von durchschnittlich 20 ccm bei chronischen Obstipationen in der Regel intramuskulär, bei akuten Darmparalysen intravenös gegeben. Neuerdings hat Zuelzer auch bei der chronischen Obstipation die intravenöse Anwendung des Präparats empfohlen. Ernstliche Schädigungen nach der Injektion, die in der Regel von einer mäßigen Temperatursteigerung gefolgt ist, sind bisher nicht beobachtet worden. Die Verfasser berichten in der vorliegenden Arbeit über Versuche, die Hormonalwirkung experimentell zu analysieren; sie wollten feststellen, ob der wirksame Bestandteil des Hormonals ein für die Darmbewegung spezifisches Hormon ist, oder ob die Peristaltik erst infolge anderer Wirkungen sekundär zustande kommt. Bei allen bisher bekannten peristaltikerregenden Organextrakten (Pankreas-, Blut-, Gehirnextrakt) sowie dem Pepton Witte tritt die Darmwirkung nie isoliert auf, sondern begleitet von einer Reihe anderer Erscheinungen; am konstantesten tritt dabei eine meist sehr beträchtliche Herabsetzung des Blutdruckes auf. Es lag deshalb die Annahme nahe, daß auch das Hormonal eine Blutdrucksenkung bewirkt. In der Tat fanden die Verff. im Tierexperiment (Hund, Katzen, Kaninchen) eine eklatante Blutdrucksenkung schon nach Injektion von 0,1—0,15 ccm pro Kilogramm Körpergewicht. Bei Dosen von 1—2 ccm pro Kilogramm wurden Blutdrucksenkungen bis auf ein Drittel und ein Viertel des Anfangsdruckes beobachtet. Die Herabsetzung des Blutdruckes trat stets unmittelbar nach der intravenösen Injektion des Hormonals ein, auch in solchen Fällen, in denen es innerhalb 2—3 Stunden nicht zum Auftreten einer Peristaltik kam. Die Dauer der Blutdrucksenkung war im wesentlichen von der Quantität des injizierten Hormonals abhängig, schwankte bei Injektionen von 1 ccm pro Kilogramm zwischen 2 und 5 Minuten. Die Verfasser hatten auch Gelegenheit, bei einem Menschen eine bedrohliche Wirkung des Hormonals in einem Falle zu beobachten. Es handelt sich um einen 28jährigen Mann, der eine schwere Pneumonie mit verzögerter Resolution und eine akute hämorrhagische Nephritis im Anschluß daran durchgemacht hatte, die noch nicht ganz ausgeheilt war. Wegen eines auf Darmparese bezogenen starken Meteorismus bekam er 14 ccm Hormonal intravenös. Es wurde bald eine Blutdrucksenkung von 125 auf 100 (Recklinghausen) bemerkt und nach etwa ½ Stunde trat starker Schüttelfrost mit Cyanose und ausgesprochenem bedrohlichen Kollaps auf; der Puls, äußerst beschleunigt, war kaum noch fühlbar. Unter reichlichem Kampfer trat Besserung ein. Die Temperatur betrug nach einigen Stunden 39,5°, auch an den beiden nächsten Tagen traten noch Temperaturanstiege ein, dann wurde das Allgemeinbefinden besser, der Meteorismus geringer. — Außerdem erwähnen Verff. noch einen Fall, in welchem ein Kater von 4 kg Gewicht, der allerdings durch vorangegangene anderweitige Versuche geschwächt war, nach intravenöser Injektion von 10 ccm Hormonal unter den Erscheinungen der Lähmung des Atemzentrums zugrunde ging. R. L.

Dr. **Pierre Barbier** (Paris): **Ueber den therapeutischen Wert verschiedener Eisen-Arsenpräparate.** (Le Courrier médical, 1911, No. 44.)

Verf. hat über 50 Fälle von Chlorose, von anämischen Zuständen, sowie von hartnäckigen Hautkrankheiten, von Amenorrhoe und von Nervenaffektionen erfolgreich mit Arsenferratose behandelt. In allen Fällen nahm der Patient an Gewicht zu, der Hämoglobingehalt des Blutes stieg, das Allgemeinbefinden besserte sich und die lokalen Erscheinungen gingen zurück. Verf. hebt die vorzügliche Resorbierbarkeit, die gute Bekömmlichkeit, die unangenehme Nebenerscheinungen ausschließt, und den angenehmen Geschmack hervor. Er erklärt die Arsenferratose für das wirksamste aller bis jetzt eingeführten Eisen-Arsenpräparate. B.

Chirurgische Therapie, Mechanotherapie.

Prof. Dr. **Anton** und Prof. Dr. **v. Bramann** (Halle a. S.): **Weitere Mitteilungen über Gehirndruckentlastung mittels Balkenstiches.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Die Verfasser haben bekanntlich vor einigen Jahren eine neue operative Methode, den Balkenstich, in die Hirnchirurgie eingeführt, welcher hauptsächlich eine Druckentlastung, einen Ausgleich der örtlichen Druckverhältnisse im Gehirn herbeiführen soll. Es wird hinter der Coronarnaht nahe der Mittellinie ein Bohrloch angelegt, bis zur Freilegung der Dura. An einer Stelle, wo größere Venen nicht sichtbar sind, wird ein kleiner Spalt in der Dura angelegt, dann mit einer gekrümmten Hohlkanüle eingegangen, bis die Kanüle an die Hirnsichel anstößt. Unter Führung der Hirnsichel wird die Hohlkanüle nach abwärts geführt, bis sie an das Ventrikeldach, d. i. den freien Balkenkörper, anstößt. Der Balken wird nun mit mäßigem Druck durchstoßen, worauf der Liquor der Ventrikel mit starkem oder geringem Druck entleert werden kann. Im Durchschnitt werden 10—30 ccm Flüssigkeit entleert, bei größeren Hydrocephalen mehr, bis 50—70 ccm. Die gesetzte Oeffnung wird durch das stumpfe Instrument nach Bedarf erweitert und diese Kommunikation zwischen Ventrikelhöhle und Subduralraum belassen. Gleichzeitig kann aber die Wandung der Ventrikelhöhle sondiert und abgetastet werden, so daß leicht konstatiert wird, ob hier nur ein Spalt oder eine große, erweiterte Höhle vorliegt. Auch kann auf diese Art abnorme Resistenz in den Ventrikeln und an der Basis leicht eruiert werden. Auf diesem Wege kann die Sonde auch in die Medianlinie der Seitenventrikel gebracht und nach rückwärts gegen den dritten Ventrikel zu eine Kommunikation bewirkt werden. Dieses Verfahren haben die Verfasser bisher an 50 Patienten angewendet, und zwar bei angeborenem oder erworbenem Hydrocephalus, bei Tumoren der Hypophyse oder der inneren Ventrikelorgane, bei Tumoren der Konvexität und der Nachbarorgane des Gehirns. Relativ häufig wurde das Verfahren auch angewendet als Voroperation behufs Exstirpation von Geschwülsten, um das Herausdrängen der Gehirnmasse und den Ueberdruck des Gehirns nach Möglichkeit zu vermeiden. In letzter Zeit konnte die Mehrzahl der Fälle ohne Narkose operiert werden durch Anwendung der zirkulären Injektionen von Adrenalin und Novocain nach Braun. Die Patienten haben während der Operation keine besonderen Empfindungen, auch nicht bei Durchstoßung des Balkens geäußert. Durch den Balkenstich selbst wurde kein Patient verloren, obwohl es sich meist um schwere Erkrankungen handelte. Bei den Patienten, welche späterhin durch Komplikationen oder nach Exstirpationsversuchen des Tumors zur Obduktion kamen, wurde die Balkenstichöffnung als enge oder auch weite Oeffnung nach Wochen, selbst nach 6 Monaten noch durchgängig gefunden. Durch die Sonden in den Gehirnhöhlen kann, wie schon erwähnt, auch in der Medianlinie der dritte Ventrikel in Kommunikation mit den anderen Gehirnhöhlen gebracht werden. Es ist dies vielfach wünschenswert, weil der dritte Ventrikel sich mitunter gesondert erweitert, weil seine dünnen Wandungen leicht den Druck auf die Basis weiterleiten, insbesondere, weil das Chiasma opticum und seine Scheiden sich unterhalb dieses Ventrikels befinden. Wenn Verdachtsmomente auf Neoplasmen oder Cysten im vierten Ventrikel vorhanden sind, so ist nach den Verfassern der Balkenstich indiziert für temporäre Erhaltung des Seh-

vermögens, weil die Stauungspapille darnach vermindert wird oder nicht erheblich fortschreitet, weiterhin, weil die vorherige Entlastung vom allgemeinen Gehirndruck als Vorbereitung der definitiven Operation zustatten kommt. Es empfiehlt sich, in solchen Fällen die operative Eröffnung des Kleinhirns und des vierten Ventrikels bald nachher vorzunehmen. Die Entleerung des vierten Ventrikels nach vollzogener Trepanation der Hinterhauptschuppe führte in zwei Fällen zum Verschwinden der Stauungspapille. R. L.

San.-Rat Dr. **Arthur Hoffmann** (Goldberg i. Schlesien): **Meine Behandlung der Schädelimpression des Neugeborenen.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 46.)

Verf. drückt massierend kräftig den Schädelknochen neben den beiden Kanten der imprimierten Stelle mit beiden Händen in die Tiefe, beide Daumen liegen dabei auf einer Seite, Zeige- und Mittelfinger beider Hände auf der anderen Seite der Impression; die Finger liegen anfänglich in beträchtlicher Entfernung von der Impressionsstelle, drücken nach einer Stelle, die ungefähr im Zentrum der Schädelkapsel senkrecht unter der tiefsten Stelle der Impression liegt, und suchen dann in der Tiefe sich zu nähern. Der eingedrückte Knochen wird so von der Tiefe aus durch Druck gehoben, springt oft mit einem Ruck in seine normale Lage, oft aber erfolgt die Abflachung anfänglich allmählich, um dann bei Druck von einer anderen Richtung aus, zuletzt meist plötzlich, die normale Lage einzunehmen. Die Einrichtung ist meist in wenigen Stunden zu erreichen, in wenigen Fällen brauchte Verf. einige Minuten; einen Mißerfolg hat er nicht gehabt. Die Einrichtung ist eine vollkommene. Spuren der Verletzung bleiben nie zurück. Der Druck während der Reposition muß manchmal soweit gesteigert werden, daß das Kind zu schreien und zu atmen aufhört, aber nur während der kurzen Zeit des Druckes. Nach Nachlassen desselben verhält es sich sofort wie jedes gesunde Kind. Gesundheitsstörungen sind nie zur Beobachtung gekommen. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 13. Dezember 1911.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Levy-Dorn** demonstriert eine Patientin mit großem **Naevus vasculosus faciei**, dessen größte nach der Wange gelegene Partie er durch Röntgenbestrahlung günstig beeinflußt hat. Die über mehrere Wochen sich erstreckende Behandlung mit weichen Strahlen hatte zu keiner Belästigung für die Patientin geführt und dürfte sich auch für die Behandlung der nach dem Halse gerichteten Partie als erfolgreich erweisen.

Diskussion:

Herr **Fritz M. Meyer** bemerkt, daß eine längere Zeit erst verstreichen müsse, bis man ein definitives Urteil über den Wert der Bestrahlung fällen kann. Nach Anwendung weicher Strahlen sehe man oft Teleangiektasien auftreten. Er halte die Radiumbehandlung für besser.

Herr **W. Israel** zeigt das **Röntgendiapositiv eines amputierten tabischen Fußes** und macht auf die Veränderungen an demselben: Lockerung im Chopartschen Gelenk, Defekt des Talus, Periostwucherungen und Arrosion der Gelenkflächen, aufmerksam.

Tagesordnung:

Fortsetzung der Demonstration über das Magencarcinom. Röntgenologische Operationsprognose. (Autorreferat.)

Herr **Arthur Fränkel**: In Fortsetzung seiner Demonstrationen aus der vorigen Sitzung zeigt Vortragender zunächst die Röntgenbilder des von Paul Rosenstein resezierten Sanduhrmagens. Die postoperative Röntgenuntersuchung ermöglichte eine Kontrolle der chirurgischen Leistung und müsse im vorgezeigten Falle dem Operateur zu hoher Genugtuung gereichen; der Magenrest funktioniere ohne Erkennbarkeit der Naht wie ein normaler Magen. — Das Haupt- und Schlußkapitel des Vortrages bildet die röntgologische Operationsprognose beim Magencarcinom. Für die Frühdiagnose des Magencarcinoms müsse man sich vorläufig mit der bloßen Hoffnung begnügen, daß die Röntgenkinographie als eine verfeinerte Methode ab und zu einmal einen Fall werde erkennen lassen, der bisher unterhalb der Erkennbarkeitsschwelle gestanden habe. Ein erheblicher Fortschritt sei auf diesem Gebiete nicht so sehr von der Verfeinerung der Untersuchungsmethoden, als davon zu erwarten, daß auch die scheinbar geringfügigsten Symptome beachtet und damit der Frühverdacht auf Magencarcinom gepflegt werde. Wesentliche Dienste dagegen leistet die Röntgenkinographie bei der „Zuspätdiagnose", das heißt bei der Auslese derjenigen Fälle, für die eine Resektionsmöglichkeit nicht mehr bestehe. Die röntgologische Operationsprognose müsse sich stets auf die Aussage in negativer Richtung beschränken. Sie dürfe nur sagen: „Der Fall ist nicht mehr resezierbar", aber niemals: „Der Fall ist noch resezierbar"; denn wäre auch nachgewiesen, daß von der Magenwand für die Resektion genügende Teile nicht infiltriert und nicht verwachsen seien, so bleibe dann immer noch die Möglichkeit von Metastasen, die sich dem röntgologischen Nachweise entzögen. Daß die Kinographie bei der „Zuspätdiagnose" eine hohe Zuverlässigkeit besitze und darum einen entschiedenen Fortschritt bedeute, zeigt Vortragender unter anderem an einem besonders anschaulichen Falle, wo die gewöhnliche Röntgendiagnose die Resektionsmöglichkeit nahelegte, dagegen die Kinographie eine unbewegliche kleine Stelle nahe der Kardia nachwies. Sie entsprach einem versprengten, etwa bohnengroßen Carcinomknoten, der die Resektion undurchführbar machte.

Ueber Grenzen der Operabilität des Magencarcinoms. (Autorreferat.)

Herr **Federmann**: Ueber die Frage, welche Fälle von Magenkrebs noch radikal operiert werden können, besteht keine Einigkeit. Eine Reihe von Aerzten lehnt bei Magencarcinom jeden radikalen Eingriff ab, weil die Operationsmortalität zu hoch und die Dauerresultate zu ungünstig seien. Beide Annahmen finden heutzutage in den wirklichen Verhältnissen keine Berechtigung. Vortragender betont, daß jedes Carcinom, das auf den Magen beschränkt ist, zur Radikaloperation geeignet ist, sofern nur die Kardia gesund ist. Größe, Ausdehnung, Art und Sitz des Tumors sind gleichgültig. Es ist ohne Bedeutung, ein wie großes Stück des Magens entfernt wird. Vortr. exstirpiert auch bei kleinen Tumoren 4/5 des Magens, um ein Organrezidiv zu verhüten. Auch die Ernährung leidet nicht, wie eigene Erfahrungen beweisen. Voraussetzung ist, daß keine Nachbarorgane ergriffen sind oder entfernte Metastasen bestehen. Nur in einer geringen Zahl der Fälle sind wir bei uneröffneter Bauchhöhle imstande, die Operabilität zu entscheiden. Definitiven Aufschluß gibt meist erst die Probelaparotomie. Wertvoll ist für die Frage der Operabilität hauptsächlich die Palpation, die sich nicht vorwiegend auf die Größe des Tumors, sondern auf die Beweglichkeit zu richten hat.

Das Röntgenbild gibt zwar in unklaren Fällen guten Aufschluß über Sitz und Ausdehnung des Tumors, nicht aber über die Beweglichkeit, ist also für die Frage der Operabilität unbefriedigend. Dasselbe gilt auch für die Röntgenkinematographie. Zum Schluß Appell an die Aerzte, bei Magencarcinom frühzeitig mit einem Chirurgen zusammenzuarbeiten und größeres Vertrauen zur operativen Behandlung zu haben. — Vorstellung dreier Fälle von nahezu totaler Entfernung des Magens wegen ausgedehnter Tumoren; seit 1¾ Jahren rezidivfrei und in gutem Ernährungszustand.

Diskussion über beide Vorträge.

Herr **v. Bergmann**: Was den nicht kinematographischen Teil des Fränkelschen Vortrages betrfft, so sind die demonstrierten Dinge uns bereits durch die Arbeiten Holzknechts, Schmiedens und Hertels bekannt geworden; in den kinographischen Vorführungen wurde zwar neues geboten; er habe sich aber nicht überzeugen können, daß auch nur in einem der gezeigten Fälle die Kinographie mehr leiste als eines der übrigen Verfahren. Der Vortragende hat zwei Fälle herausgegriffen, die klinisch nicht zu diagnostizieren waren, bei denen auf Grund der Kinographie ein mangelhaft beweglicher Punkt am Magen konstatiert, als Carcinom gedeutet und durch die Operation bestätigt worden ist. Dem muß entgegengehalten werden, daß es auch Fälle gibt, wo unter gleichen Umständen kein Carcinom gefunden wurde. v. B. erwähnt einen Fall aus der Klinik mit offenstehendem Pylorus und ausgiebiger Magenbewegung, er erwies sich durch Hämatemesis und den Nachweis eines Tumors als sicheres Carcinom. In einem anderen kachektischen Falle (Bild) war fast gar keine Bewegung an der großen Kurvatur, die Ursache wurde in einer Caries der Lendenwirbelsäule erkannt. Ob die Röntgenkinographie imstande ist, vor allem die wichtige Frage nach der Beweglichkeit des oberen Teiles der Kardia zu entscheiden, bezweifelt Redner; es seien noch weitere Forschungen erforderlich. Ob die mangelhafte Beweglichkeit auf entzündliche Adhäsionen oder auf carcinomatöse Infiltration zurückzuführen ist, das läßt sich aus dem kinographischen Bilde vorläufig nicht entscheiden. Damit in Zukunft die Magencarcinome in einem frühen Stadium erkannt werden, ist es notwendig, daß Interne und Abdominalchirurgen zusammenarbeiten; es ist auch zu erstreben, daß das in Aerztekreisen vielfach verbreitete Mißtrauen gegen die Magenresektion beseitigt werde, dann würden auch die Resultate besser werden.

Herr **Levy-Dorn**: Da die Kinographie ein sehr kostspieliges Verfahren ist (2000 M.), so könnte sie in die Praxis nur eingeführt werden, wenn sie etwas Wesentliches bringt. Letzteres ist aber noch nicht erwiesen. Das Kinogramm ist imstande,

einen Bewegungsdefekt des Magens darzustellen, im Gros der Fälle vermag ein geübtes Auge die Bewegungsdefekte auch am Röntgenschirm zu erkennen. Einen billigeren Ersatz des Kinogramms suchte ein Assistent des Redners dadurch zu erreichen, daß er Zeitaufnahmen auf derselben Platte machte. Bei diesem Verfahren kann man ganz gut die Wellenbewegung an den Rändern des Magens verfolgen. Man kann ferner mehrere Aufnahmen in bunter Reihenfolge machen und so durch Stichproben gleichsam erkennen, ob eine unbewegliche Stelle vorhanden ist.

Herr **Albu** betont die Wichtigkeit der genauesten klinischen Untersuchung der auf Magencarcinom Verdächtigen. In erster Reihe müsse man den objektiven Befund beachten, sodann dürfen wir die Röntgenuntersuchung als wertvolle Ergänzung unseres bisherigen Schatzes diagnostischer Hilfsmittel betrachten. Man versäume nie bei Ausheberung des nüchternen Magens nachzuspülen, dabei findet man Reste, die man sonst nicht gefunden hätte. A. spricht mit Rücksicht auf das Resultat bei der Magenresektion der Gastroenterostomie das Wort.

Herr **L. Kuttner**: In der Mehrzahl der Fälle, wo die klinische Untersuchung die Diagnose Magencarcinom gesichert hatte, ergab auch das Röntgenverfahren einen positiven Befund. Die für Magencarcinom charakteristischen Röntgenerscheinungen können zuweilen ausbleiben bei kleinen an der Kurvatur und am Pylorus gelegenen Tumoren. Die kinographischen Kontrolluntersuchungen haben ihm in einem Falle den Beweis erbracht, daß es zuweilen gelingen kann, solche zirkumskripte Krebsknoten, die mit den einfachen Methoden nicht nachzuweisen sind, durch die Kinographie zur Anschauung zu bringen. Das Röntgenverfahren gibt nur Aufschluß über das Vorhandensein eines Tumors, nicht aber über die Natur desselben oder über die Malignität oder Benignität einer Pylorusstenose. Besteht nach der klinischen Untersuchung Verdacht auf Vorhandensein eines Magencarcinoms, ohne daß sich sichere Beweise dafür erbringen lassen, so kann unter Umständen die Röntgenuntersuchung den Ausschlag geben. Die Bedeutung der letzteren wird aber dadurch eingeschränkt, daß die Röntgenuntersuchung zuweilen Tumoren des Magens vortäuscht, die tatsächlich nicht vorhanden sind. Die Füllungsdefekte in den Fränkelschen Fällen, die K.s Beobachtung entstammen, waren durch Adhäsionen bedingt. Auch zur Lokalisation palpabler Abdominaltumoren ist das Röntgenverfahren nur mit Vorsicht zu verwerten. Verschieblichkeit des Tumors gestattet keinen Schluß auf Operabilität desselben; die Entscheidung kann erst bei der Laparotomie gefällt werden. Zusammenfassend sagt K. folgendes: Die Röntgenuntersuchung stellt für die Diagnose Magencarcinom eine wichtige und wertvolle Untersuchungsmethode dar, welche die üblichen klinischen Methoden nicht zu ersetzen, wohl aber zu ergänzen imstande ist. Nie kann man die Diagnose Magencarcinom auf Grund des Röntgenbildes allein stellen, aber auch nie darf man bei Verdacht auf Magencarcinom die Röntgenunterssuchung unterlassen.

Herr **Lewandowski** betont, daß ein Zusammenarbeiten der Internisten und Chirurgen durchaus notwendig sei.

Britzmann.

83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsruhe vom 24.—30. September 1911.

Allgemeine Versammlung.

Referent: W. Stockert (Karlsruhe).

II. Sitzung am Freitag, den 29. September 1911, 9 Uhr vormittags.

Vorsitzender: M. v. Frey (Würzburg).

Herr **W. Einthoven** (Leiden): **Neuere Ergebnisse auf dem Gebiete der tierischen Elektrizität.** (Fortsetzung.)

Bequemlichkeitshalber werden wir von drei Substanzen sprechen. Die erste Substanz reagiert schneller als die beiden anderen. Bei Belichtung treibt sie das Saitenbild abwärts, bei Verdunklung aufwärts. Ihre Wirkung tritt in einem helladaptierten Auge stark in den Vordergrund, und zwar um so mehr, je stärker das Auge belichtet worden ist. Die zweite Substanz reagiert weniger schnell als die erste. Mit mäßiger Geschwindigkeit treibt sie das Saitenbild bei Belichtung aufwärts, bei Verdunklung abwärts und erzeugt also bei der Anwendung gleichartiger Reize Potentialunterschiede, die denjenigen der ersten Substanz entgegengesetzt sind. Die dritte Substanz reagiert in derselben Richtung wie die zweite, aber viel langsamer. Bei Belichtung treibt sie das Saitenbild langsam aufwärts, bei Verdunklung noch langsamer abwärts. Das Auge ist ein sehr empfindliches Reagens für Licht. Unter günstigen Umständen reagiert es auf eine schwache, kurz anhaltende Bestrahlung, die eine Gesamtenergie von nur 1,5 mal 10—11 g-Kal. besitzt, mit der Entwicklung eines Stromes, der das Saitenbild 36 mm abweichen macht. Es werden für genaue, wissenschaftliche Untersuchungen oft Instrumente angewendet, die in Verbindung mit einem Galvanometer imstande sind, die Energie einer Strahlung zu messen, und die Bolometer genannt werden. Aber das empfindlichste von Menschenhänden verfertigte Bolometer steht an Empfindlichkeit noch sehr weit hinter dem isolierten Froschauge zurück. Wir gehen jetzt zu anderen Organen über und wollen besonders bei den Nerven verweilen, diesen höchst merkwürdigen Verbindungsfäden, durch die das Gehirn seine Reize zu unseren Muskeln und Drüsen absendet und durch die auch die Reize von der Peripherie, z. B. von unseren Sinnesorganen, ihren Weg zum Gehirn finden. Ein Nervenstamm zeigt bei seiner Funktion fast keine anderen Erscheinungen als eben die Entwicklung eines elektrischen Stromes; daher darf die elektrische Untersuchung der Nerven vielleicht als besonders wichtig angesehen werden. Mittels der Aktionsströme der Nerven kann man die zwischen verschiedenen Organen bestehenden Verbindungen näher untersuchen und sogar oft die Tätigkeit einzelner Fasergruppen eines gemischten Nervensystems isoliert zum Vorschein bringen. Als Beispiel zur Erläuterung des eben Gesagten verweisen wir auf die Aktionsströme eines der wichtigsten Nerven unseres Körpers, des N. vagus, dessen Verzweigungen sich über eine große Anzahl von Organen verbreiten. Wir werden einige Augenblicke unserer Aufmerksamkeit besonders den Zweigen widmen, die das verlängerte Mark mit den Lungen und dem Herzen verbinden und deren Fasern beim Menschen und bei vielen Tieren im gemeinschaftlichen Vagusstamm am Halse gefunden werden. Wir durchschneiden diesen Vagusstamm bei einem in Narkose ruhig schlafenden Hunde und verbinden die Oberfläche und den Querschnitt des peripheren Nervenstumpfes mit dem Galvanometer. Wenn von der Peripherie Reize durch den Vagus zum verlängerten Mark hinaufgesandt werden und der Vagus darauf mit Aktionsströmen reagiert, so muß das Galvanometer diese Aktionsströme auch anzeigen. Das Resultat des Versuches wird in einem Lichtbilde demonstriert, worin die durch das Galvanometer geschriebene Kurve sichtbar ist. Diese Kurve, die Elektrovagogramm genannt werden darf, zeigt zwei Arten von Wellen: hohe, langsame Wellen, die denselben Rhythmus wie die Atembewegungen zeigen, und niedrige, frequente Wellen, die mit dem Puls synchron sind. Die erste Art von Wellen wird dadurch verursacht, daß die feinen Endzweige des N. vagus in den Lungen bei jeder Volumänderung dieser Organe mechanisch gereizt werden, während die zweite Art von Wellen ihre Ursache in der Herztätigkeit hat. Bringt man entweder die Atembewegung oder die Herztätigkeit zum Stillstand, so bleibt die zugehörige Art von Wellen aus dem Elektrovagogramm weg und kommt also die andere Art von Wellen isoliert in der Kurve zum Vorschein. Bei einigen Tierarten sind die Lungenvagusfasern, die beim Menschen in einem gemeinschaftlichen Stamme vereinigt sind, in einzelne nebeneinanderliegende Stämme getrennt. So findet man z. B., daß beim Kaninchen die Fasern, welche die Reize vom Herzen zum verlängerten Mark hinleiten, in einem feinen Bündel, dem N. depressor, neben dem eigentlichen Vagusstamm verlaufen. Wo der Strom von beiden Nerven gemeinschaftlich abgeleitet wird, sieht man sowohl die Atemwellen wie die Herzwellen im Elektroneurogramm. Wo der Strom allein vom Vagus abgeleitet wird, kommen nur die Atemwellen, und wo er allein vom Depressor abgeleitet wird, nur die Herzwellen in der Kurve zum Vorschein. Mit der Bemerkung, daß das Studium der Vagusströme nur ein Beispiel ist aus dem weiten Untersuchungsgebiete der Elektroneurologie, gehen wir zur der Besprechung einer anderen Gruppe von elektrischen Erscheinungen über, und zwar derjenigen, die im Herzmuskel erzeugt werden. Die elektrischen Erscheinungen des Herzmuskels kommen wesentlich mit denjenigen der Skelettmuskeln überein, wo sich die Kontraktionswellen befinden, ist das Herz elektronegativ gegen die anderen Stellen. Leitet man den Strom von ein paar Stellen des Herzens zum Galvanometer ab, so erhält man eine Kurve, die uns einigermaßen belehren kann über die Art und Weise, wie die Kontraktionswelle sich über den Herzmuskel fortpflanzt. Man braucht den Strom aber nicht unmittelbar vom Herzen selbst abzuleiten. Die erzeugten Aktionsströme sind relativ stark, und schon Waller hat gezeigt, daß bei jeder Kontraktion unseres Herzens deutlich nachweisbare elektrische Spannungen nach allen Teilen unseres Organismus, z. B. auch nach unseren Händen und Füßen, hingeleitet werden. Verbindet man das Saitengalvanometer mit den beiden Händen oder mit einer Hand und einem Fuße eines Menschen, so beobachtet man bei jedem Schlag seines Herzens einen Ausschlag der Saite. Die Kurve, die man erhält, wenn man diese Ausschläge registriert, heißt Elektrokardiogramm. Während Vortragender jein Beispiel eines menschlichen Elektrokardiogramms demonstriert, macht er darauf aufmerksam, daß die Kurve in absoluten Maßen registriert worden ist. Die Registrierung in absolutem Maße hat den wichtigen Vorteil, daß die Form der Kurve unabhängig wird von den Eigenschaften des

benutzten Instrumentes und daß jedes Elektrokardiogramm, wann und wo es auch registriert worden ist, unmittelbar mit jedem anderen Kardiogramm verglichen werden kann. Man unterscheidet in der Grundform des Elektrokardiogramms eine Vorhofzacke und vier oder fünf Kammerzacken. Obgleich die Elektrokardiogramme der Menschen und aller Wirbeltiere einander wohl ähnlich sind, so beobachtet man doch in den Details der Zacken eine große Verschiedenheit, so daß sogar viele Menschen durch die Form ihrer Elektrokardiogramme voneinander unterschieden werden können. Mittels des Elektrokardiogramms ist man imstande, die Lage des Herzens im Körper zu bestimmen, und, worauf es namentlich ankommt, sich ein Urteil über die Art und Weise zu bilden, wie das Herz seine Aufgabe vollbringt. Das Elektrokardiogramm ist ein vorzügliches Beispiel von dem Studium der tierischen Elektrizität, das nicht um seiner selbst willen stattfindet, sondern nur zu dem Zwecke geschieht, die Vorrichtungen des Organs in Einzelheiten näher kennen zu lernen. Die elektromotorischen Erscheinungen des Herzens haben schon als Hilfsmittel beim Studium der Herzfunktion eine große Bedeutung erlangt. Man ist mittels dieser Erscheinungen in den Stand gesetzt worden, nicht nur unsere Kenntnis der normalen Herztätigkeit auszubreiten, sondern auch eine tiefere Einsicht in viele Fälle von Herzkrankheit zu gewinnen. Davon werden einige Beispiele gegeben, die mittels einer Anzahl von Projektionen näher erläutert werden. Schließlich spricht Vortragender die Hoffnung aus, daß es ihm zu zeigen gelungen sei, daß die Lehre von der tierischen Elektrizität noch vieles für die Zukunft verspricht. Dieses Gebiet ist noch keineswegs vollständig erschlossen. Im Gegenteil dürfen wir mit gutem Grund erwarten, daß die Früchte, die noch geerntet werden können, an Wichtigkeit sowie an Zahl die jetzt schon erhaltenen vielfach übertreffen werden, und daß die Elektrophysiologie sich je länger je mehr zu einem der wichtigsten Zweige der biologischen Wissenschaften entwickeln wird. Dazu bedarf es zweifelsohne während noch langer Zeit der gemeinsamen Arbeit vieler Forscher. Glücklicherweise fehlt es weder hier in Deutschland noch in anderen Ländern an Männern, die ihre Arbeitskraft mit Lust und Liebe dieser schönen Aufgabe widmen werden.

Herr **H. Braus** (Heidelberg): **Ueber die Entstehung der Nervenbahnen.**

Das Nervensystem ist der wesentlichste Mittler der zahlreichen Reizphänomene in unserem Körper, die sich in der assoziativen Tätigkeit des Gehirns zu ihrer höchsten Vollendung erheben. Die Empfindung, daß alle Funktionen, welche durch die Tätigkeit des Nervensystems wirken, eine Einheit bilden, trägt nicht wenig dazu bei, daß sich der naive Mensch als ein einziges, als eine Persönlichkeit fühlt. In der Entwicklungsgeschichte des Organismus ist über diese Einheitlichkeit merkwürdigerweise nichts vorhanden. Statt eines Orchesters, das zusammenspielt wie ein einziges Instrument, finden wir einzelne Musiker, die das Zusammenspiel noch nicht begonnen haben. Am deutlichsten zeigt dies die von einem amerikanischen Anatomen, R. Gr. Harrison, erfundene Methode, einzelne Organe oder Zellen in vitro, d. h. in einem Tröpfchen Lymphe oder Blutplasma auf dem Deckgläschen aufzuziehen. Diese „Deckgläschenkulturen" sind weiteren Kreisen durch die Presse bereits bekannt geworden, da Carrel und seine Mitarbeiter vom Rockefeller-Institut in New York mittels derselben menschliche Gewebe kultivieren und begründete Hoffnungen hegen, dadurch dem Lebens- und Heilungsprozeß der Zellwucherungen und Verletzungen auf die Spur zu kommen. Sie ist von besonderer Bedeutung für die Entwicklung der Nerven geworden. Die Methode hat aber ganz allgemein das, was Roux schon früher aus anderen Experimenten erschlossen hat, in sehr anschaulicher Weise bestätigt, daß es bei den Geweben anfänglich eine Periode der „Selbstdifferenzierung" gibt, in welcher das Stückchen ganz für sich, z. B. in vitro isoliert, doch weiter leben und sich entwickeln kann. Erinnert es nicht an sonderbare Erzählungen, die als phantastische Märchen gelten, daß wir jetzt Organe auf Glasplatten züchten, daß ein Herz ganz für sich nicht nur eine Woche lang und länger schlägt, wie eine Art mikroskopische Uhr, sondern daß sich die Anlage auch entwickelt, d. h. größer wird und die Form durch typische Wachstumsprozesse ändert? Und doch sind diese Dinge jetzt so greifbar, daß Redner sie in einer der Festsitzungen der Versammlung in Mikrophotogrammen und Mikrokinogrammen demonstrieren konnte. Indem die Nerven sich bilden, gewinnen sie Gewalt über die einzelnen Organanlagen im Organismus. Es gehört dazu, daß an die Stelle der „Selbstdifferenzierung" die Abhängigkeit der Organe voneinander und vom Ganzen tritt. Das Wie des Zustandekommens der Nervenbahnen ist heute leichter einem größeren Kreise auseinanderzusetzen als früher, weil viele komplizierte Nervenbahnen einfach beginnen, und wir heute — dank der Harrisonschen Methode — gleichsam dem Legen der Kabel und Telephondrähte zuschauen können. Mittels dieser Methode kann man die Zellen, welche die Nerven bilden, isolieren. Es sind das die späteren Ganglienzellen des zentralen Nervensystems. Aus einer einzigen Zelle, welche mit feinen Nadeln aus einem Unkenembryo von ca 3 mm Gesamtlänge herauspräpariert wurde, entsteht allmählich vor den Augen des Beschauers der junge Nerv, Neurit, als Zellausläufer, wie in einer Reinkultur aus einer Schimmelspore der Pilzfaden. Es ist deshalb die Hissche Annahme, daß die Nerven Zellenausläufer der Neuroblasten, der späteren Ganglienzellen, seien, strikte bewiesen. Die Nerven werden in den Deckglaskulturen, absolut gemessen, bis wenig über 1 mm Länge gezüchtet. Da das ganze Tier nur wenige Millimeter zu dieser Zeit lang ist, so ist diese Länge relativ sehr stattlich. Die Geschwindigkeit ist verschieden; die größte beobachtete beträgt 0,001 mm in der Sekunde. Doch wird unter dem Mikroskop, unter welchem diese Dinge allein sichtbar sind, auch das Maß der Bewegung vergrößert, so daß z. B. langsam schwimmende Infusorien wie Blitzzüge durch das Gesichtsfeld schießen. Das Wachsen gewisser Teile der Nerven ist bei den üblichen Vergrößerungen unmittelbar zu beobachten. Mit dem Auswachsen der Neuriten geht gleichzeitig eine Umwandlung — Differenzierung — seiner inneren Struktur einher. Das „primäre Neuroreticulum" von Held entsteht als eine fädige, färbbare Substanz in den Neuroblasten und wächst in den Neuriten als feine Fibrillen, die Neurofibrillen, um in ihnen das für die Leitung wesentliche Element zu bilden. Jetzt begreifen wir erst, welche Bedeutung eigentlich jene protoplasmatische Bewegung des Neuroblasten, die Aussendung des Neuriten, innerhalb des Körpers des Embryo hat: sie bewirkt, daß Neurofibrillen von den Zentralorganen (Gehirn und Rückenmark) aus, wo die Neuroblasten liegen, überall hin in den Körper gelangen und die peripheren Organe mit den zentralen leitend verbinden können. Es sind dies Kabel, von denen gesagt wurde, daß wir heute gleichsam zusehen können, wie sie gelegt werden. Es fragt sich aber weiter, ob die Neuroblasten, welche die Nerven erzeugen, auch imstande sind, Bahnen zu bestimmen, welche die Nerven im Körper gehen. Das Nervensystem ist das interessanteste aller Systeme im Organismus und besonders dadurch ausgezeichnet, daß das Gewirr von Nervenfäden immer ganz konstant in der gleichen Anordnung bei Individuen gleicher Art, auch beim Menschen, gefunden wird. Erreichen nun die Nerven im Körper auf diesen höchst komplizierten, aber auch konstanten Bahnen allein durch die Tätigkeit der Neuroblasten ihre Endorgane (Muskeln, Haut, Drüsen etc.), etwa wie die jungen Lachse aus angeborenem Instinkt den Weg ins Meer finden, oder kommen ihnen dabei irgendwelche Einrichtungen des Organismus zu Hilfe? Wenn man untersuchen will, ob jemand eine Richtung und ein Ziel aus Uebung selbsttätig findet oder ob irgendwelche Einrichtungen, wie Signale, Geleise oder dergl. ihm den Weg anzeigen, so ist der einfache Versuch, dies zu entscheiden, der, einen Fremden, der des Terrains sicher unkundig ist, desselben Wegs ziehen zu lassen. Er wird nur dann so wie der Kundige das Ziel erreichen und die richtige Route einhalten können, wenn diese für ihn kenntlich vorhanden und ihm irgendwie von außen vermittelt wird. Dieses Experiment ist vom Redner in seinen Extremitätenpfropfungen bei Amphibien ausgeführt worden. Denn wenn die minimalen Knospen, als welche die Extremitäten auftraten, auf eine andere Körperstelle eines Embryo okuliert werden, so wachsen sie gerade so weiter wie an ihrem gewöhnlichen Standort. Auf diese Weise kann man überzählige Gliedmaßen auf beliebigen Stellen des Rumpfes oder Kopfes erzeugen, die sich auch zum Teil spontan bewegen oder elektrisch zu Bewegungen veranlaßt werden können. Die Nerven wachsen, da anfangs sicher keine Nerven in den Knospen vorhanden sind, von außen hinein, so daß ganz fremde Nerven, wie der Trigeminus u. a., in die Extremität gelangen. Da sie ein ganz typisches Nervensystem erzeugen, so muß die Nervenbahn von der Extremität induziert sein und kann unmöglich von den Neuroblasten bestimmt werden. Es ist also außer dem zentralen ektogenen Faktor (dem „Neuron"), noch ein peripherer, autochthoner Faktor an der Ausbildung des Nervensystems beteiligt. Die Neuroblasten vermögen zwar allein für sich typische Nervenanlagen, Neuronen, zu bilden, aber keine typischen Nervenbahnen. Der autochthone Faktor, der zu dem ektogenen, zentralen hinzukommen muß, ist im einzelnen weniger genau bekannt wie die Neuroblasten; wir wissen aber ebenso sicher wie von diesem, daß er existiert. Viele glauben mit einer Hypothese auszukommen, welche annimmt, daß die Nerven von anderen Organanlagen passiv mitgeschleppt werden, wie eine Strömung ein Treibholz ganz bestimmte Wege führen und an bestimmten Küsten landen kann. Es wird die Wirksamkeit dieses Prinzips theoretisch nicht bezweifelt, aber an Experimenten gezeigt, daß es nicht alle Nervenbahnen erklären kann. Es verlaufen nämlich die Empfindungsnerven mit den Bewegungsnerven wie die Drähte in einem Kabel. Man kann sich nun wohl vorstellen, daß die letzteren, die motorischen, von den Muskelanlagen mitgezogen werden; die ersteren, die sensiblen, stehen aber gar nicht mit den Muskelanlagen in Verbindung und machen doch alle Wege der Muskelnerven mit. Es wäre also nur ein Ausweg

für die Hypothese, daß die Bahnen passiv erzeugt seien, darin zu suchen, daß die sensiblen Nerven von den motorischen mitgenommen werden wie ein Samen, der von Treibholz mitgeschleppt wird und auswachsen kann. Das läßt sich aber ausschalten, indem Knospen in das Gebiet rein sensibler Nerven (z. B. des ersten Trigeminusastes) verpflanzt werden. Es entstanden dann nur sensible Nerven, die aber alle in den Bahnen der motorischen lagen und ein typisches Nervensystem der Gliedmaßen erzeugen. Es wachsen also die Neuriten aktiv auf die Endorgane ein. Höchst wahrscheinlich folgen sie dabei bestimmten Spuren. Es gibt ein primitives Reizleitungssystem, das sich auch bei Pflanzen, bei denen keine Nerven vorkommen, findet und welches wahrscheinlich ursprünglich auch bei Tieren allein da war. In diesem ganz diffusen, autochthonen Reizleitungssystem, das aus plasmatischen Verbindungen zwischen den einzelnen Zellen (den „Plasmodermen" der Botaniker) bestand, bildeten sich wahrscheinlich einzelne besonders aus, welche für die Reizleitung auf längere Strecken die durchgehendsten, schnellsten Wege darstellten. Die einwachsenden Neuriten benutzten diese Plasmodermen, wie Schienen beim Eisenbahnbau auf die geeignetsten Chausseen gelegt werden. So entstehen aus Einzelverbindungen zwischen tausenderlei einzelnen Zellen lange Fernleitungen mit bestimmten Zentralen, den Ganglienzellen in Gehirn und Rückenmark. Diese Anschauung ist sehr hypothetisch. Wir wissen aber heute so viel, daß die Nerven in den Deckglaskulturen auch in reinflüssigen Medien auswachsen, trotzdem aber in situ immer die Plasmodermen benutzten. Man hat eingewendet, daß dies auf Stereotropismus, d. h. Bevorzugung eines Substrates von bestimmtem Aggregatzustand, nicht von bestimmter Spezifität beruhe. Es existieren aber verschiedene experimentelle Fälle, wo Nerven die gewohnte Bahn verlassen und „Irrwege" gehen oder gar nicht einwachsen, die so gedeutet werden, daß die Plasmodermen fehlen. Es sind das Indizienbeweise für die Anschauung, daß geordnete Nervenbahnen nur entstehen können, wenn Plasmodermen vorhanden sind. Der Fortschritt in der Nervenfrage während der beiden Dekaden seit dem Vortrage von Wilhelm His auf der Versammlung in Nürnberg und namentlich während der letzten Dekade seit den Referaten von Verworn und Nissl in Aachen wird am deutlichsten dadurch charakterisiert, daß heute zum ersten Male ein Referent nur über die entwicklungsgeschichtliche Seite des Problems sprechen durfte, während in jenen früheren Tagungen der fertige Zustand des Nervensystems zugleich Gegenstand, und zwar Hauptziel des Themas war. In der Entwicklungsgeschichte aber hat die experimentelle Forschung die Führung übernommen. Dafür ist die Nervenfrage ein schlagendes Beispiel. Die experimentelle Embryologie ist in Deutschland entstanden, von Wilhelm Roux auf eine systematische Basis gestellt worden. Doch sah man nicht überall die Bedeutung der jungen Disziplin ein. Tatsächlich ist das fruchtbare Samenkorn fast überall bei uns auf unfruchtbaren Boden gefallen. Aber ein glücklicher Wind wehte den Samen in die neue Welt: Wir können uns jetzt schon der schönen Früchte, die dort unter verständnisvoller Pflege gewachsen sind, freuen. Die Wissenschaft hat keine politischen Grenzen. So muß diese Förderung auch uns zugute kommen, wenn nicht heute, dann morgen.

(Fortsetzung folgt)

IV. Bücherschau.

Salben und Pasten mit besonderer Berücksichtigung des Mitin. Von San.-Rat Dr. **Jessner** (Königsberg i. Pr.). Zweite Auflage (Dermatolog. Vorträge für Praktiker, Heft 15). Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 39 S. 0,70 M.

Die kleine Schrift gibt eine Uebersicht über die in Gebrauch befindlichen Salbengrundlagen und ihre wichtigsten Eigenschaften. Ausführlicher ist das von Verf. in der Dermatotherapie eingeführte Mitin behandelt. Den Abschluß bildet eine Zusammenstellung von Rezeptformeln für eine größere Anzahl von Mitinsalben, die den wichtigsten Indikationen der Dermatotherapie entsprechen.

Diät und Küche. Einführung in die angewandte Ernährungstherapie. Von Dr. **Wilhelm Sternberg**, Spezialarzt für Ernährungstherapie in Berlin. Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 188 S. 5 M.

Der Titel dieser neuen Monographie des unglaublich schreiblustigen Autors führt irre. Wer eine Einführung in die „angewandte Ernährungstherapie" erwartet, wird das Buch enttäuscht aus der Hand legen. Dabei ist nicht einmal klar, was der Ausdruck „angewandte Ernährungstherapie" besagen soll; der Verfasser meinte wohl „angewandte Ernährungslehre"; angewandte Ernährungstherapie ist ein Pleonasmus. Wer, wie der Verfasser, so viel und gern an dem Stil anderer Autoren herumnörgelt, sollte doch selber logisch und korrekt schreiben. Um von dieser Abschweifung auf unser Thema zurückzukommen, so besteht der Inhalt des Buches nicht etwa in einer systematischen Einführung in die Technik der Ernährung, sondern in allgemeinen Erörterungen über das Wesen der „Mundverpflegung" oder „Küche" im Gegensatz zur Diät, wobei der Verfasser in unaufhörlicher Wiederholung seine in zahlreichen früheren Einzelabhandlungen und Monographien vorgetragenen Gedanken, in denen er selbst fundamentale neue Entdeckungen sieht, dem Leser auftischt. Die Diät hat es nach Sternberg mit den Nahrungsmitteln im allgemeinen, ihrer chemischen Zusammensetzung, ihrem Nährwert und ihrer Verarbeitung im Körper zu tun, während die Aufgabe der Küche darin besteht, die als Nahrung dienenden Rohprodukte mundgerecht zu machen, d. h. so herzurichten, daß das Essen ein Höchstmaß von Lustgefühlen erregt, daß der Appetit möglichst angereizt wird. Sternberg macht es den Vertretern der wissenschaftlichen Medizin, den Klinikern und Physiologen, zum Vorwurf, daß sie diese Seite der Ernährungslehre wenig oder gar nicht beachten und sich auf die allgemeine Ernährungslehre beschränken; vor allem ist er darüber empört, daß seine Arbeiten auf dem Gebiete der Technik der Küche nicht in dem Maße gewürdigt werden, wie sie es, nach Sternbergs Meinung, verdienen. Diesem Unmut gibt der Autor auf jeder Seite der Monographie ein oder mehrere Male Ausdruck, und so ist die ganze Monographie nichts weiter als eine fortlaufende Kette von Angriffen gegen alle anderen Autoren, die sich mit der theoretischen oder praktischen Ernährungslehre beschäftigt haben. Dabei ist der Verfasser in seiner Kampfesweise durchaus nicht wählerisch; seine wissenschaftlichen Gegner bedenkt er mit einer Blütenlese von ironischen Bezeichnungen und schreckt auch vor schlechten Wortwitzen nicht zurück. Vielleicht glaubt er, durch derartige Mätzchen die Anziehungskraft seiner Schrift zu erhöhen. Aber er irrt sich und erreicht nur das Gegenteil davon. Einen eigentlichen positiven Inhalt hat also die Schrift trotz ihres Umfangs nicht; abgesehen von den genügend gekennzeichneten persönlichen Angriffen besteht sie aus Zitaten aus alten und neuen Schriftstellern, Philosophen und Dichtern und den früheren Publikationen des Verfassers selbst und der fortwährenden Wiederholung einiger wenigen Gedanken. Wenn man sich die Mühe gemacht hat, die Schrift von A bis Z durchzulesen, hat man den Eindruck, daß in den meisten Kapiteln eigentlich dasselbe steht, daß die Kapitel sich nur durch die Ueberschriften unterscheiden. Der Verf., der seinen Gegnern Einseitigkeit vorwirft, verfällt noch mehr in diesen Fehler, wenn er den Hauptzweck der Ernährung in der Befriedigung des Geschmacksinns sieht. Darum wird er auch zum warmen Verteidiger der Genußmittel, insbesondere der alkoholischen, deren Nachteile er geflissentlich übersieht; aus demselben Grunde verwirft er sämtliche Nährpräparate, wobei er in den großen Irrtum verfällt, sie schlechthin als Erzeugnisse der synthetischen Chemie zu charakterisieren. Auf weitere Einzelheiten können wir nicht eingehen, obwohl fast jede Seite der Schrift Veranlassung zu Einwendungen gibt. Nur noch eine Bemerkung: Wenn Sternberg seine Bestrebungen, an denen ja einiges berechtigt sein mag, wirklich fördern will, so möge er zum Gebrauch für Aerzte ein zusammenhängendes Handbuch der Technik der Küche mit besonderer Berücksichtigung der Krankenernährung verfassen, aber rein objektiv, ohne jede Polemik und ohne philosophisch-literarische Abschweifungen.

R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Durch einen Erlaß vom 4. Dez. v. J. hat der preuß. Minister des Innern verfügt, daß hinfort staatliche **Prüfungen für Heilgehilfen und Masseure** von den Kreisärzten nicht mehr abgehalten werden sollen, da nach Einführung der staatlichen Prüfung für Krankenpflegerpersonen ein großer Teil der Hilfstätigkeit der Heilgehilfen und Masseure von den Krankenpflegern geleistet wird.

Dresden. Die fünf **sächsischen Aerztekammern** haben beschlossen, an die Regierung und die Ständekammern eine Petition des Inhalts zu richten, daß bei den Beratungen über den Entwurf des neuen Volksschulgesetzes darauf Bedacht genommen werde, daß die **schulärztliche Ueberwachung** auf alle schulpflichtigen Kinder in Stadt und Land ausgedehnt und in den vom Schulgesetz vorgesehenen Schulverwaltungsorganen mindestens je einem Schularzt Sitz und Stimme verliehen werde.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Reg.-Rat Dr. Weber ist als Nachfolger von Prof. Uhlenhuth (jetzt in Straßburg) zum Direktor im Kaiserlichen Gesundheitsamt mit dem Titel K. Geh. Reg.-Rat ernannt worden.

— Geheimrat Prof. Dr. Ziehen, der, wie in der vorigen Nummer mitgeteilt, mit dem Schlusse des Wintersemesters sein Lehramt niederlegt, wird gleichzeitig jede ärztliche Tätigkeit aufgeben und nach Wiesbaden übersiedeln, wo er sich nach Einrichtung eines psychologischen Privatlaboratoriums ausschließlich der psychologischen Forschung widmen will.

— Den Professortitel haben erhalten: der Assistent am Pathologischen Universitätsinstitut Dr. Julius Wohlgemuth, der Oberarzt am Großen Friedrichs-Waisenhause der Stadt Berlin in Rummelsburg Dr. Erich Müller, der leitende Arzt der Berlin-Brandenburgischen Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt Dr. Konrad Biesalski, der Spezialarzt für Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Dr. med. Josef Herzfeld und der bekannte Dermatologe Sanitätsrat Dr. Max Joseph.

— In die Statuten der **Medizinischen Fakultät** ist ein neuer Paragraph eingeschaltet worden, welcher die Bedingungen des Erlöschens der Venia legendi zum Gegenstande hat. Wesentlich neu ist darin die Bestimmung, daß die Venia legendi, die bei Verzicht ohne weiteres erlischt, auch dauernd außer Kraft tritt, wenn der Dozent eine hauptamtliche Stellung außerhalb der Universität einnimmt, es sei denn, daß die Fakultät auf seinen Antrag ihm gestattet, dessenungeachtet die Stellung als Privatdozent beizubehalten. Ob diese Genehmigung eingeholt werden muß, entscheidet im Zweifelfalle die Fakultät. — Diese Bestimmung gilt jedoch nur für die nach dem 1. Oktober 1911 Habilitierten.

— Dem langjährigen Assistenten am hiesigen Anatomischen Universitätsinstitut Dr. med. Ferdinand Hein ist der Professortitel verliehen worden.

Greifswald. Der Privatdozent der Pharmakologie Dr. Martin Kochmann hat den Professortitel erhalten.

Magdeburg. Der bekannte Gynäkologe Sanitätsrat Dr. W. Thorn hat den Professortitel erhalten.

Breslau. Der Ophthalmologe Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Uhthoff, der als Nachfolger des verstorbenen Geheimrats Prof. Dr. J. v. Michel nach Berlin berufen und dessen Versetzung bereits im „Staatsanzeiger" publiziert worden war, hat nachträglich das Verbleiben in seiner bisherigen Stellung erwirkt, weil er die durch den Neubau der Berliner Augenklinik bedingte voraussichtlich sehr große Arbeitslast lieber einer jüngeren Kraft überlassen will.

— Der Oberarzt der chirurgischen Universitätsklinik Privatdozent Dr. Hermann Coenen hat den Professortitel erhalten.

— Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. Alexander Bittorf, Oberarzt an der medizinischen Universitätsklinik, hat den Professortitel erhalten.

Königsberg i. Pr. Den Professortitel haben erhalten der Privatdozent der Gynäkologie Dr. Isfried Hofbauer, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik, sowie die Privatdozenten der Chirurgie Dr. Max Draudt und Dr. Rudolf Haecker, Oberärzte an der chirurgischen Universitätsklinik, und der Privatdozent der Chirurgie Dr. Oskar Ehrhardt.

Göttingen. Dem Privatdozenten der Hygiene Dr. Werner Rosenthal ist der Professortitel verliehen worden.

Wiesbaden. Der bekannte Chirurg Dr. Peter Hackenbruch hat den Professortitel erhalten.

Bonn. Der als Diabetesforscher bekannte Privatdozent der Physiologie Dr. Karl Grube, der auch als Badearzt in Neuenahr tätig ist, ist zum Titularprofessor ernannt worden.

— Privatdozent Dr. Arthur Hübner, Oberarzt an der psychiatrischen und neurologischen Universitätsklinik, hat den Professortitel erhalten.

Monzingen (Rgbz. Coblenz). Im Alter von 92 Jahren starb hierselbst einer der ältesten Aerzte Deutschlands, Sanitätsrat Dr. E. W. Vogler.

Straßburg. Der Privatdozent der Urologie Dr. Paul Asch hat den Professortitel erhalten.

Wien. Der Professor der medizinischen Chemie Dr. Theodor Panzer ist nach Absolvierung eines dreijährigen Provisoriums endgültig zum ordentlichen Professor an der Tierärztlichen Hochschule ernannt worden.

— Der Privatdozent an der Tierärztlichen Hochschule Dr. med. Karl Skoda ist zum außerordentlichen Titularprofessor ernannt worden.

Brünn. Der Privatdozent der Chirurgie in Wien Dr. Leischner ist zum Primararzt an der hiesigen Landeskrankenanstalt ernannt worden.

Zürich. Der Ordinarius der Ophthalmologie Prof. Dr. O. Haab ist zum korrespondierenden Mitgliede des Münchener Aerztlichen Vereins ernannt worden.

Brüssel. Prof. Thiriar, Leiter der I. chirurgischen Klinik, ist in den Ruhestand getreten. Zum Leiter der I. chirurgischen Klinik wurde Prof. A. Delpage, zum Leiter der II. chirurgischen Klinik Dr. J. Verhoogen ernannt.

Paris. Im Alter von 71 Jahren ist in der vorigen Woche der hervorragende Chirurg Prof. Odilon Marc Lannelongue gestorben. Er hatte in Paris studiert, wo er 1862 Assistent an den Pariser Hospitälern und Schüler des berühmten Nélaton wurde. 1866 wurde er Prosektor, 1869 Hospitalchirurg und Agrégé, 1884 Professor an der Pariser medizinischen Fakultät und 1895 Mitglied des Instituts und der Akademie der Wissenschaften. Wissenschaftlich ist Lannelongue vorwiegend auf dem Gebiete der Knochenchirurgie hervorgetreten, die er in mehreren Monographien bearbeitete. Auch politisch war er vorübergehend tätig, indem er von 1893 bis 1898 der Deputiertenkammer angehörte.

Lyon. Prof. Courmont ist als Nachfolger von Arloing zum Professor der experimentellen und vergleichenden Pathologie ernannt worden.

London. Der bedeutende Botaniker Sir Joseph Hooker, der ursprünglich Arzt war, ist im Alter von 95 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Dem **Preußischen Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen**, das am 18. Dezember v. J. eine Sitzung abhielt, wurden von dem Minister des Innern Mk. 2000 für den Unterricht der Aerzte auf dem Gebiete der Pockenerkrankung bereitgestellt. Zugleich wurde an Stelle des verstorbenen Geh. Med.-Rat Dr. Aschenborn der neu ernannte Hilfsarbeiter San.-Rat Dr. Heyl in das Zentralkomitee abgeordnet, in dem der Minister außerdem durch den zuständigen Referenten Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich kommissarisch vertreten ist. Generalarzt Dr. v. Ilberg, der Leibarzt des Kaisers, wurde als neues Mitglied gewählt.

— An Stelle des verstorbenen Geheimrats Aschenborn ist San.-Rat Dr. Hesselbarth (Berlin-Charlottenburg) zum Vorsitzenden des Direktoriums der **Versicherungskasse für die Aerzte Deutschlands** gewählt worden. Hesselbarth gehörte dem Direktorium bereits seit einer Reihe von Jahren als Mitglied an.

— Der **Volksheilstättenverein** vom Roten Kreuz hat an Stelle des verstorbenen v. d. Knesebeck Generalarzt z. D. Werner zum ersten Vorsitzenden gewählt.

— Die **Dettweiler-Stiftung** hat Herrn Ministerialdirektor Kirchner an Stelle des verstorbenen Prof. B. Fränkel zum Vorsitzenden gewählt.

— Am 15. Dezember v. J. hat sich das Deutsche National-Komitee für den in der zweiten Hälfte des September 1912 zu Washington stattfindenden **XV. Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie** konstituiert. Zum Vorsitzenden wurde der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamtes Dr. Bumm, zum Schriftführer Stabsarzt Dr. Hoffmann gewählt. — Anläßlich des Kongresses geht im Jahre 1912 die **ärztliche Studienreise** nach Amerika. Sie beginnt am 7. oder 8. September, ist auf 43 Tage berechnet und umfaßt außer der Teilnahme am Kongreß einen Besuch interessanter Punkte Amerikas (u. a. eine Hudsonfahrt, Besuch der Niagarafälle). Die Kosten sind auf 1700—2000 M. veranschlagt, von denen 200 M. bei der Anmeldung angezahlt werden müssen. Mit Rücksicht auf die kostspieligen Vorbereitungen ist für den Rücktritt von der Teilnahme bis zum 1. Juni die Zahlung eines Reugeldes vorgesehen; bei Abmeldung nach dem 1. Juni verfällt der ganze Betrag der Anzahlung.

— Die wissenschaftliche Krebsforschung hat in den letzten Jahren mannigfache Fortschritte aufzuweisen, deren weitere Verfolgung dringend erforderlich erscheint, um eine Klärung des großen, für die gesamte Menschheit wichtigen Problems herbeizuführen. Besonders haben die in letzter Zeit veröffentlichten Versuche zahlreiche Anregungen zur Fortführung wichtiger Untersuchungen ergeben. Das **Deutsche Zentralkomitee zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit, e. V.**, hat während seines 11 jährigen Bestehens versucht, durch Anregung und Unterstützung von wissenschaftlichen Arbeiten, ferner durch Anregung zur Errichtung von Fürsorgestellen und durch Verbreitung der Kenntnisse über die Krebskrankheit im Volke (um möglichst frühzeitig die Diagnose des Krebses sicherzustellen) die Krebsforschung und -bekämpfung nach Kräften zu fördern. Um nun außer den bereits von den Behörden in dankenswerter Weise zur Verfügung gestellten Mitteln zur noch durchgreifenderen Erreichung seiner Zwecke weitere Mittel zur Verfügung zu haben, hat das Deutsche Zentralkomitee die Begründung einer „Ernst v. Leyden-Stiftung zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit" in die Wege geleitet. Nur unter Aufwendung sehr großer Mittel kann es gelingen, auf dem beschrittenen aussichtsvollen Wege vorwärts zu schreiten. Erst wenn die wissenschaftliche Erforschung des Krebses weiter vorgedrungen sein wird, kann seine Bekämpfung auch beim Menschen als weitere Aufgabe mit größerer Aussicht auf Erfolg unternommen werden. Bei-

träge für die Ernst v. Leyden-Stiftung werden von der Direktion der Diskonto-Gesellschaft, Berlin W., Unter den Linden 35, und allen Filialen der Diskonto-Gesellschaft auf Konto „Ernst v. Leyden-Stiftung zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheit" entgegengenommen. Drucksachen für die Gewinnung von Beiträgen für die Stiftung können von der Geschäftsstelle des Deutschen Zentralkomitees, Berlin W., Magdeburgerstraße 14, bezogen werden.

Olten. Im Dezember v. J. ist hierselbst die **„Gynäkologische Gesellschaft der Deutschen Schweiz"** gegründet worden, die im März d. J. ihre erste Versammlung in Bern abhalten will.

Gerichtliches.

Kötzschenbroda. Der Fabrikant des Geheimmittels „Antidiabeticum", Ludwig Bauer in Niederlößnitz, hatte im Laufe des Jahres 1910 in verschiedenen Tageszeitungen das Erscheinen eines Artikels veranlaßt, wonach ihm wegen seiner Verdienste um die leidende Menschheit von der Gesellschaft „Opera Educativapacifica" in Rom ein Ehrendiplom erteilt und seine Werke in der berühmten Bibliotheca Marciazzi aufgestellt worden seien. Der Herausgeber des „Gesundheitslehrer" Dr. Kantor in Warnsdorf teilte daraufhin in seiner Zeitschrift mit, daß nach der ihm vom deutschen Konsulat in Rom gewordenen Auskunft eine solche Gesellschaft in Rom nicht existiere; was die Bibliothek anlange, so sei wahrscheinlich die Bibliotheca Marciana in Florenz gemeint, die wie die meisten öffentlichen Bibliotheken ihr überwiesene Schriften ohne Prüfung annehme. Als daraufhin Bauer gegen Dr. Kantor ein Inserat mit schweren Angriffen gegen dessen persönliche Ehre erließ und darin auch die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums angriff, erhob Dr. Kantor im Verein mit den Vorstandsmitgliedern der Gesellschaft Dr. med. Siefart und Rechtsanwalt Dr. jur. Donig gegen Bauer die Privatklage wegen **Beleidigung**, die letzterer mit einer Widerklage beantwortete. Die Verhandlung dieser wechselseitigen Klagen fand kürzlich vor dem hiesigen Schöffengericht statt. Das Ergebnis war folgendes: Bauer wurde zu 600 M. Geldstrafe oder 40 Tagen Haft, Dr. Kantor zu 50 M. Geldstrafe oder 5 Tagen Haft verurteilt; die Kosten wurden auf Bauer und Kantor im Verhältnis 11:1 verteilt. Beiden Teilen wurde das Publikationsrecht des Urteils zugesprochen. Dr. Siefart und Dr. Donig, auf die gleichfalls die Widerklage Bauers sich erstreckte, wurden freigesprochen. Das Gericht sprach dabei ausdrücklich aus, daß dem Kollegen Kantor der Wahrheitsbeweis für seine Behauptungen gelungen sei; er wurde lediglich wegen formaler Beleidigung verurteilt. Wegen neuer schwerer Anschuldigungen, die Bauer während der Verhandlung gegen Dr. Kantor vorbrachte, hat dieser übrigens unmittelbar nach Schluß der Verhandlung eine Klage wegen Behauptung nicht erweislich wahrer Tatsachen gegen Bauer eingereicht.

Verschiedenes.

Berlin. Eine **Rudolf Virchow-Plakette** ist der Berliner Gesellschaft für Anthropologie von Dr. Georg Minden gestiftet worden. Sie soll als Auszeichnung für hervorragende Leistungen oder für bedeutende Verdienste um die Gesellschaft jährlich einmal verliehen werden (mit Ausnahme der Jahre, in denen die goldene Medaille zur Verteilung kommt).

Bern. Die Aerztegesellschaft des Kantons Bern hat einen **Preis** für ein „Ehebüchlein" ausgeschrieben, das bei der Trauung allen Neuvermählten verabfolgt werden soll und in dem die wichtigsten hygienischen Ratschläge in gemeinverständlicher Fassung enthalten sein sollen. Näheres über die Bedingungen ist zu ersehen in dem Inseratenteil der No. 51 der „Schweizerischen Rundschau für Medizin". (Basel, Wackernagelsche Verlagsanstalt.)

London. Das britische **nationale Versicherungsgesetz** ist kürzlich vom Oberhaus angenommen worden; es wird am 15. Juli d. J. in Kraft treten. Die englischen Aerzte stehen der dadurch für sie geschaffenen neuen Lage der Dinge vorläufig durchaus feindlich gegenüber, was nach den in Deutschland auf diesem Gebiete gemachten Erfahrungen verständlich ist.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Im Jahre 1911 haben nach abgelegter Prüfung nachbenannte Aerzte das Befähigungszeugnis zur Verwaltung einer Kreisarztstelle erhalten: DDr. Paul Stubbe in Neustettin, Erich Moebius in Kirchhain (N.-L.), Leo Nieszytka in Bladiau, Bernhard Kerckhoff in Haren (Ems), Robert Wackers in Cöln, Adolf Lorenz in Berlin, Prof. Heinrich Conradi in Frankfurt a. M., Alfred Weise in Sangerhausen, Alexander Brutzer in Altona, Kurt Ollendorff in Schöneberg bei Berlin, Ernst Meinicke in Hagen i. W., Franz Hurck in Berlin, Hans Gust in Reppen, Hans Berendes in Buch, Walter Kloninger in Berlin, Erich Mangelsdorf in Cöln, Walter David in Nauen, Hermann Corvey in Lemgo, Oskar Ahlswede in Hamburg, Ernst Fast in Praust, Max Abesser in Greifswald, Felix Dyrenfurth in Berlin, Wilhelm Theopold in Duisburg-Meiderich, Hermann Goos in Bremen, Franz Klahot in Königsberg i. Pr.

Berlin, den 19. Dezember 1911.

Der Minister des Innern.
Im Auftrage: Kirchner.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Geh. Med.-Rat Prof Dr. Goldscheider in Berlin, Hofrat Prof. Dr. Walkhoff in München.

Prädikat Professor: San.-Rat Dr. Pernice in Frankfurt a. O.

Ernannt: Stadtassistenzarzt Dr. Rühs in Barmen zum Kreisarzt in Goldap.

Berichtigung.

In No. 52, Jahrgang 1911, S. 716, ist unter „Prag" anstatt „Kimler" „Kimla" zu lesen.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte**, sondern nur **einzelne Stellen** darin gesperrt. Näheres s. „große" Cavetetafel in „Aerzt. Mitt." oder „Aerztl. Vereinsbl."

Verb. z. W. d. Int. d Deutsch. Betr.-K.-K. (Rh.-Westf -B - K.-K.-V.), Essen-Ruhr

Aachen
Angermünde
Annweiler i. Pfalz
Aumenau i. H -N.
Berlin
Bieber, Kreis Offenbach am Main
Bocholt i. Westf.
Bremen
Breslau
Burgschwalbach
Canth, Bez. Breslau
Domnau i. Ostpr.
Dornheim i. Hessen
Drusenheim, U.-Els
Eberswalde i. Brdbg.
Ehrang, Bez. Trier
Emden
Erkelenz, Rhld.
Falkenberg b. Ahrensfeld.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Cöln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, R., Textil-B.-K.K.
Greiffenberg i. Schles.
Groß-Schönebeck i. M.
Halle a. S.
Hamburg, B.-K. f. Staatsangestellte
Hameln
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Herbrechtingen i. Wttbg.
Heydekrug (Ostpr.)
Jugenheim i. Rheinl.
Kassel-Rothenditmold
Kemel in Hess.-Nassau
Kettwig, Ruhr
Kirchberg, Jagst
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Köln-Deutz
Kupferhammer b. Ebersw.
Lachen, Bez.-A. Neustadt a. H.
Lauterbach i. Hessen
Ludwigshafen
Malchin i. Mecklenbg.
Mohrungen, O.-Pr.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Munster i. Hann.
Nackenheim i. Rheinh.
Nakel a. Netze
Neustadt, Wied
Neustettin i. Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Oberhausen i. Rhld.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg i. Mark
Pattensen i. Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plettenberg i. Westf.
Puderbach, Kreis Neuwied
Pulsnitz i. Sachsen
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenberg i. Thür.
Rastenburg, O.-Pr.
Recklinghausen i. W.
Rehau
Reibersdorf i. Sa.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Rothenkirchen-Pressig, Oberfr.
Rüdersdorf-Kalkberge i. Mark
Sachsa Bad i. Thür.
Sachsenhausen i. Mark
Schmiedeberg, Bad (Prov. Sachsen)
Schnevertingen, Hann.
Schornsheim, Rheinh.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schrobenhausen, Ob.-B.
Schwandorf i. Bayern
Bad Schweizermühle, Sächs. Schweiz
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stockstadt, Rh.
Stolpe a. O.
Stommeln, Rhld.
Strausberg i. Mark
Straßbessenbach bei Aschaffenburg
Strehla a. Elbe
Tempelburg i. Pomm.
Unterschwarzach i. Ba.
Wallhausen b. Kreuznach
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Cöln
Weßling, O.-Bayern
Wiesbaden
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zingst i. Pomm.
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang Berlin, 13. Januar 1912 No. 2

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

81. Jahrgang | Berlin, 13. Januar 1912 | No. 2

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Der Wert von Blutan und Arsenblutan für die Kräftigung von Schulkindern.

Von

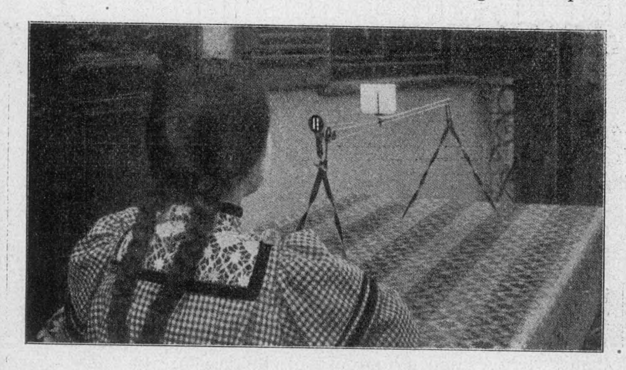
Dr. **Baur**, Seminar- und Schularzt (Schw. Gmünd).

(Schluß.)

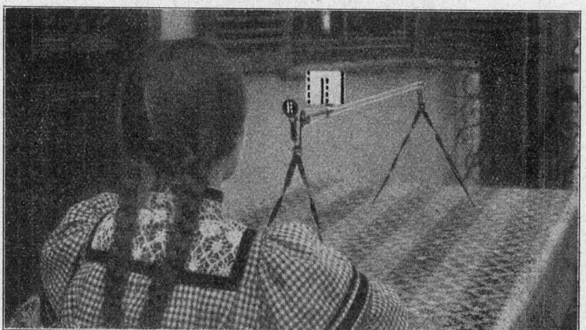
E. Ermüdungsmessungen.

Es wurden 7 Mädchen untersucht.

Die Ermüdungsmessungen geben ein Bild von der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, in toto — sie geben uns an, wieviel und wie bald Ermüdungsstoffe jeweils anfallen, sich anhäufen und schließlich Giftwirkung auf das Nervensystem ausüben. Je mehr Zeit verstreicht, bis diese Giftwirkung eintritt, und je geringfügiger diese letztere ist, desto leistungsfähiger ist Körper und Geist. Ich muß es mir zwar versagen, auf das Prinzip der Ermüdungsmessungen am Auge näher einzugehen und verweise in dieser Beziehung auf meine Arbeit: Die Ermüdung im Spiegel des Auges. Beyer & Mann, Langensalza 1910. Ich bemerke nur soviel, daß mit der allgemeinen Ermüdung des Körpers

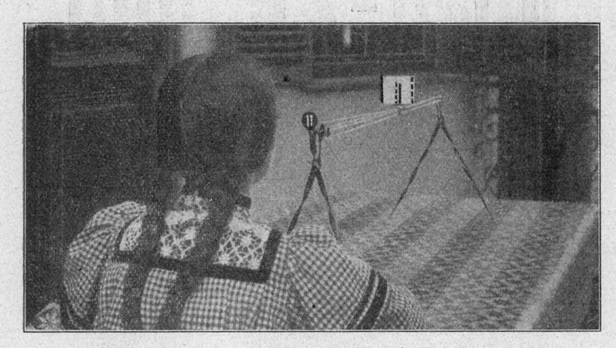


oder Geistes die Akkommodationskraft der Augen nachläßt, und zwar um so mehr, je größer die Ermüdung ist, daß also mit der Ermüdung das Auge akkommodationsschwächer wird. Gerne aber ergreife ich die Gelegenheit dieser Untersuchungen, auf die Neuerscheinungen auf diesem Gebiet seit obiger Publikation aufmerksam zu machen. Ich tue dies um so lieber, als jene von eminent praktischer Be-



deutung auch für die Bewertung von Nähr- und Kräftigungsmitteln sein können. Professor Dr. Weichardt in Erlangen hat nämlich die Ermüdungsstoffe analysiert und sie Kenotoxine genannt. In der weiteren Folge suchte er die Ermüdungsstoffe nach Art der Serumbereitung abzuschwächen, er laborierte mit sogenannten Antikenotoxinen, welche er subkutan, durch Sprays, und Einträufelungen im Auge verwendete. Er und andere Forscher, z. B. Fr. Lorentz (Berlin), wollen mit diesen Stoffen wirkliche Ermüdungsherabsetzungen erreicht haben. Für mich wäre es nun das Naheliegende gewesen, die Wirkungen der gefundenen Antikenotoxinstoffe mit der Wirkung der Blutan- und Arsenblutanstoffe zu vergleichen. Leider teilte mir Professor Dr. Weichardt mit, daß die anfänglich zugesagten, im Handel erhältlichen Antikenotoxinstoffe minderwertig seien und daß er rate,

nur in seinem Laboratorium unter seiner Aufsicht die Versuche mit Antikenotoxinstoffen zu machen, die bei ihm garantiert hochwertig angetroffen werden, so daß ein Erfolg sicher sei. Da mir zunächst die Versuche in Erlangen durchzuführen unmöglich ist, so mußte ich diese Arbeit aufschieben und mich mit der Ausführung meiner Ermüdungsmessungen ohne Vergleich mit der Antikenotoxinwirkung begnügen.



Auf meinem Ermüdungsapparat werden höhere Ermüdungen mit Vergrößerung der Akkommodationsbreite (= Nahepunktsentfernung), geringere Ermüdungen mit einer Verkleinerung dieser antworten. Im Folgenden sind die Ermüdungskurven, die mit meinem Apparat gemessen wurden, aufgeführt, wobei die Ordinaten der Nahepunktsentfernung proportional sind, während je drei Abschnitte der Abszissenachse einem Versuchstage entsprechen. An jedem Versuchstage wurden nämlich drei Akkommodationsbestimmungen morgens, mittags und nachmittags vorgenommen. Je niedriger die Kurven stehen, desto geringer — allgemein populär gesagt — ist die Ermüdung,

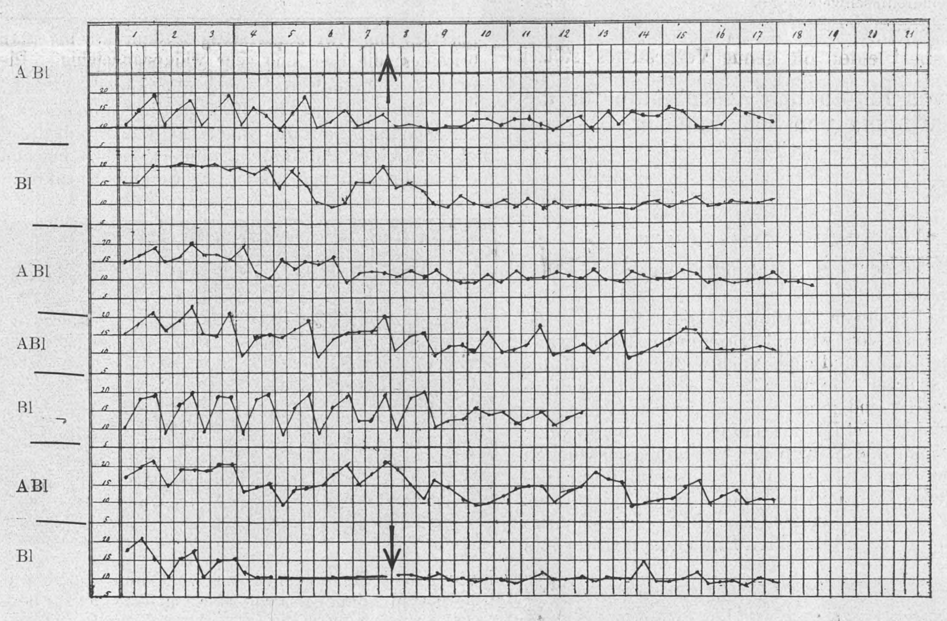
Das würde aber zu weit geführt haben. Uns muß es genügen zu konstatieren, daß im allgemeinen die Kurven sichtlich und deutlich geringeres Ermüdungsverhältnis erkennen lassen.

F.

Wenn die Philosophen mit der Aufstellung des psychophysischen Parallelismus recht haben, wofür die täglichen Erfahrungen im Experiment sprechen, so wird mit Besserung der Körperenergie auch die des Geistes gehoben werden. Oder sollte das „mens sana in corpore sano" nur Phrase, ein Sprichwort ohne Wert und Wahrheit sein? Wenn schon die Abnahme der Ermüdung auf geistigem und körperlichem Gebiet nach Blutan- und Arsenblutangenuß uns eine Gewähr dafür ist, daß der Kräftevorrat, die Reserve der Geisteskräfte länger ausreicht, der Akkumulator des Geistes sich leichter und besser wieder füllt, die Geisteskräfte so der Entwicklung von Ermüdungsstoffen länger standhalten, dürfte der Nachweis geistiger Förderung im Unterricht durch genannte Mittel vollends der Behauptung recht geben, daß dieser Fortschritt, so er sich der zunehmenden Einverleibung der Kräftigungsmittel im Körper proportional steigerte, durch diese Mittel auch wirklich bedingt würde, so daß also das „post hoc ergo propter hoc" hier nicht zutrifft, vielmehr das Umgekehrte der Fall sein muß „propter ergo post".

Ich bat bei 15 Mädchen der Klassen 1 und 2 einer Volksschule die Lehrkräfte sich über die geistige Besserung von Kindern zu äußern, die Blutan und Arsenblutan erhielten (3 mal täglich 1 Eßlöffel). Diese konnte um so eher hervortreten, als der geistige Horizont der beobachteten Kinder ein niedriger war. Es ist ja klar, daß die geistige Besserstellung eines Kindes durch Nähr- und Kräftigungsmittel keine derartige sein kann, daß sie in den ersten vier Wochen des Gebrauchs derselben deutlich in die Augen treten wird. Da muß schon eine mehrmonat-

Beginn der Bl und ABl-Gabe.



Beginn der Bl und ABl-Gabe.

Mit Bl kein Versuch gemacht.

desto besser wirkt die Erholung, je höher, desto mehr macht sich die Ermüdung geltend, desto geringer ist die Erholung.

Wir sehen nun an den festgestellten Kurven die Ermüdung als Resultante geistiger und körperlicher Arbeit nach dem Gebrauch von Blutan kleinere Intensitäten und Extensitäten annehmen als vor den Gaben, was zu dem Schluß berechtigt, daß mit diesen Mitteln der Tonus des Körpers nicht blos in den Blutgefäßen, sondern ganz besonders auch in den Nerven und Muskeln gehoben wurde, was zur Ausführung der täglichen Arbeit nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. Streng genommen, müßten natürlich die Art der Arbeit, deren Dauer, das körperliche Befinden und der Schlaf mit in Rechnung gezogen werden.

liche Anwendung dieser Mittel und eine ebensolange Beobachtung erfolgen, um eine augenscheinliche Besserung zu konstatieren. Bei vielen Kindern wird überhaupt nichts erreicht, wenn deren Intelligenz infolge vererbter degenerierter Zustände einen Tiefstand aufweist. Auch mögen öfter soziale Mißstände und durchgemachte Krankheiten manchen Erfolg verhindern oder beeinträchtigen, was besonders in unseren Fällen nachweisbar war. Wenn aber nur 20 Prozent aller geistig zurückgebliebenen Kinder an der Besserung durch ein Kräftigungsmittel teilnehmen, so ist damit viel gewonnen und es spricht das für die außerordentliche Wirkung eines Mittels. Bei mehreren Kindern, bei denen der Geist günstig beeinflußt wurde, wurde gleich-

zeitig auch das Körperbefinden gehoben, indem das letztere wohl die größere Geistesfrische nach sich gezogen haben wird.

In folgendem sind die Kinder der Reihe nach begutachtet:

Klasse 1. Mädchen, 7 Jahre alt:

	Ursprüng. Fortschritts-Note*)	Spätere Fortschritts-Note	Letzte Fortschritts-Note	Präparat	Dauer der Beobachtung	Wieviel Flaschen
No. 1 . .	3	3	3	A Bl	4 Woch.	1
No. 2 . .	3	3	3	A Bl	4 Woch.	1
No. 3 . .	3	4 Später 3	3	A Bl	4 Woch.	2
No. 4 . .	2	3 Besseres Aussehen	3	Bl	4 Woch.	2
No. 5 . .	1	3	3	Bl	4 Woch.	1
No. 6 . .	1 Geistig degeneriert	1	1	Bl	4 Woch.	1

Klasse 2. Mädchen, 8 Jahre alt.

	Ursprüngl. Fortschritts-Note	Spätere Fortschritts-Note	Letzte Fortschritts-Note	Präparat	Dauer der Beobachtung	Wieviel Flaschen
No. 1 . .	2	3 War krank	3	As Bl	4 Woch.	2
No. 2 . .	2	2 Ist verungl.	2	As Bl	4 Woch.	2
No. 3 . .	2	2 Ueble häusl. Verhältn.	2	As Bl	4 Woch.	2
No. 4 . .	2	4	5	As Bl	4 Woch.	2
No. 5 . .	2	2 Darmkatrh.	3	As Bl	4 Woch.	2
No. 6 . .	3	2 Darmkatrh	3	Bl	4 Woch.	2
No. 7 . .	3	2	3	Bl	4 Woch.	2
No. 8 . .	2	2	2	Bl	4 Woch.	2
No. 9 . .	2	4	4	Bl	4 Woch.	1

Wenn ich mir nach Zusammenstellung der gefundenen Resultate die Ursachen der Wirksamkeit der Mittel Blutan und Arsenblutan zurechtlege, so kann ich mich auf längst Erfahrenes, aber leider oft genug Vergessenes stützen. Es ist die Eisen- und Arsentherapie eine alte, erprobte und wohlbegründete. Sie vermehrt und verbessert die Blutmenge. Sie steigert auch den Tonus der Blutgefäße und Nerven. Was aber bei der Blutan- und Arsenblutantherapie vielleicht das Kumulieren und Anhalten der Wirkung dieser Mittel bewirkt, ist wohl die Art und Weise der Verbindung und Darstellung der Präparate. Es ist möglich, vielleicht auch wahrscheinlich, daß die alkoholischen Arzneimittel manchmal nicht so gut wirken wie die alkoholfreien, daß dort, wo der Tonus mit einem Arzneimittel gehoben werden soll, dieser durch den Reiz des beigegebenen Alkohols beeinträchtigt und geschmälert wird.

Nehmen wir nun alles mit unseren Mitteln positiv Erreichte zusammen, so ist das ganz gewiß nicht wenig. Es beweist, daß Arsenblutan und Blutan sehr gute Kräftigungsmittel sind, die subjektiv in Besserung des Allgemeinbefindens, Abnahme der Müdigkeit etc. — Beschwerden nach der Einnahme des Mittels hatten keine Kinder —, und auch einigermaßen in den Fortschritten in der Schule zum Ausdruck kamen. Dieser subjektive Erfolg konnte auch durch das objektive Experiment erhärtet werden, durch Herabsetzung der Ermüdung, Erleichterung der Erholung, Hebung der Muskelkraft, Besserung und Vermehrung des Blutes und endlich durch Ansatz von Baumaterial im Körper der Kinder, was diese befähigt, in Kraft und Gesundheit die Vorbereitungszeit für das Leben durchzumachen und später brauchbare, energische Mitglieder der menschlichen Gesellschaft zu werden. Setzt sich diese letztere aber aus vielen oder — wir können dieses nur wünschen — aus lauter solchen kräftigen Einzelindividuen zusammen, dann wird ein Volk ein zähes, dauernd starkes sein, eine Garantie für die Integrität des Eigentums und Vermögens, für langes Leben und Existenz. Blutan und Arsenblutan sind also sehr gute und brauchbare Kräftigungsmittel für schwächliche, unterernährte, blutarme Schulkinder, Arzneimittel, die jeder Schulhygieniker im Interesse des Heranwachsens eines gesunden, kräftigen Geschlechts anwenden sollte. Der allgemeinen Anwendung dieser Mittel in der Schulpraxis kommt der sehr billige Preis der Blutane und ihre Wohlbekömmlichkeit, verbunden mit angenehmem, kräftigem Geschmack, sehr zustatten.

(* 1 die schlechteste, 8 die beste Note.

Literatur:

Dr. Alb. Kaiser (Dresden): Therapeutische Monatshefte, 1906, No. 4.
Dr. Zoref (Wien): Medizinische Blätter, 1906, No. 17.
Dr. Blümel (Görbersdorf): Medizinische Klinik, 1906, No. 32.
Dr. Hugo Gerber (Wien): Medizinische Blätter, 1906, No. 31.
Dr Weissmann (Lindenfels): Aerztliche Rundschau, 1906, No. 36.
Dr. Ferrua (London): Le Médecin (Brüssel), 1906, No 42.
Dr. J. Kraus (Wien): Medizinische Blätter, 1907, No. 8.
Dr. Ries (Wien): Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1908, No. 8.
Dr. R. Meissner (Wien): Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1908, No. 11.
Dr. Rudolf Uhlirz (Schönfeld b. Karlsbad): Oesterreichische Aerzte-Zeitung, 1909, No. 16.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Giovanni de Gaetani Giunta: Ueber ein prämonitorisches Zeichen für die Diagnose von akuter Infektionskrankheit. (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 56, H. 4—6.)

Das prämonitorische, klinische Zeichen besteht in der Anschwellung der Lymphdrüsen der Achsel-, Hals- und Weichengegend in der Inkubationsperiode der Masern, des Scharlachs, der Windpocken, des Mumps, der Diphtherie und des Keuchhustens. Die Stärke der Schwellung läßt nicht auf die Intensität der Erkrankung schließen. R.

Hofrat Dr. **Beisele** (Tutzing): **Ueber einen Fall von Ascaris mystax beim Menschen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Der Ascaris mystax ist ein bei Hunden und Katzen sehr häufig vorkommender Darmschmarotzer, der beim Menschen nur sehr selten vorkommt. In der Literatur fand Verf. 10 derartige Fälle berichtet. Das Männchen von Ascaris mystax ist 40—60 mm lang, 1 mm dick; die Länge der Weibchen beträgt 120—180 mm. Die Entwicklung verläuft wie bei Ascaris lumbricoides; die Eier sind sehr widerstandsfähig. Die Uebertragung ist eine direkte. Verf. beobachtete einen neuen Fall bei einem 2jährigen an Masern erkrankten Kinde; es waren 15 Würmer von 40—100 mm Länge abgegangen. Das Kind bekam Kalomel und Santonin und entleerte noch 62 Ascariden und Tausende von Eiern, daneben zahlreiche Oxyuren. Es wurde dann festgestellt, daß die zwei im Hause vorhandenen Katzen und ein kleiner dort befindlicher Hund ebenfalls mit den Würmern behaftet waren, und sie wurden in großen Mengen den Tieren abgetrieben.

Dr. **H. Kögel** (Heilanstalt Schömberg): **Ueber die Frage der chronischen Mischinfektion bei Lungentuberkulose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Unter 17 Fällen aller Formen chronischer Lungentuberkulose fanden sich im Sputum in 40 Einzeluntersuchungen nur in 5 Fällen hämolytische Staphylokokken, nie der Streptococcus longus haemolyticus. Der Befund hämolytischer Staphylokokken war nur in einem Falle einer akuten käsig-destruierenden Phthise konstant, während in den übrigen 4 Fällen fieberhafter käsig-destruierender Lungentuberkulose nur vorübergehend hämolysierende Staphylokokken gefunden wurden. In diesen Fällen war, abgesehen von der Schwere des einzelnen Falles, ein Zusammenhang mit dem Fiebertyp nicht festzustellen. Alle anderen Formen chronischer und akuter Lungentuberkulose waren trotz teilweise hohen Fiebers frei von hämolysierenden Keimen. In 5 Fällen kavernöser Lungenphthise wurden anaërobe Streptokokken vom Charakter des Streptococcus anaërobius putridus gefunden. In allen anderen Fällen keine strengen Anaërobier. Der Begriff einer chronischen Mischinfektion bei Lungentuberkulose ist nach Verf. außerordentlich einzuschränken. Es ist vielmehr anzunehmen, daß die in der Lunge befindlichen Saprophyten bei Widerstandslosigkeit des Körpers erst durch vorgeschrittene Krankheit die Möglichkeit bekommen, in das Gewebe vorzudringen und durch den guten Nährboden bei zerstörtem oder mit Blut durchtränktem Gewebe hämolytische Eigenschaften erhalten.

Dr. **Conrad Siebert** (Charlottenburg) und Dr. **Mironescu: Ueber die Brauchbarkeit der Syphilisreaktion nach Karvonen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Vor kurzem wurde von Karvonen eine neue Seroreaktion auf Syphilis angegeben, die auf dem Phänomen der

von Bordet und Streng näher untersuchten Konglutination beruht. Bringt man frisches Rinderserum mit Meerschweinchenblutkörperchen zusammen, so tritt nach einiger Zeit ein Zusammenballen der Blutkörperchen zunächst zu kleinen Flöckchen und dann zu größeren Konglomeraten ein. Die in dem Rinderserum enthaltenen Konglutinine, die völlig different von den Agglutininen sind, treten nur in Aktion, wenn die Blutkörperchen durch einen passenden Ambozeptor sensibilisiert sind und wenn Komplement vorhanden ist. Die Reaktion tritt bei einfachem Zusammenbringen von frischem Rinderserum und Meerschweinchenblutkörperchen ein, weil das frische Rinderserum sowohl Ambozeptoren gegen Meerschweinchenblutkörperchen als auch Komplement enthält. Stärker wird die Wirkung noch, wenn statt des frischen Rinderserums ein inaktiviertes Rinderserum genommen und als Komplement ein frisches Pferdeserum verwendet wird. Hierauf gründete Karvonen eine Reaktion, die im Prinzip vollständig auf der Komplementablenkung der Wassermannschen Reaktion beruht, die nur als Indikator zur Sichtbarmachung des Effekts sich nicht der Hämolyse, sondern der Konglutination bedient. Der Gang der Untersuchung ist folgender: Ein Organextrakt, Antigen, wird mit dem zu untersuchenden Serum und Pferdekomplement zusammengebracht. Nach einiger Zeit werden Rinderserum und Meerschweinchenblutkörperchen hinzugegeben. Tritt Konglutination ein, so ist das Komplement in der ersten Phase des Versuches nicht gebunden worden, das Serum reagiert negativ. Tritt keine Konglutination ein, so ist das Serum in der ersten Phase absorbiert worden, d. h. das Serum reagiert positiv. Die Verfasser haben die Methode an etwa 100 Fällen geprüft. Auf die Einzelheiten der Technik soll hier nicht eingegangen werden. Die Verfasser geben an, daß die Methode als solche genau dieselben Schwierigkeiten bietet wie die Wassermannsche Reaktion, ja daß die Beurteilung der Resultate vielleicht noch etwas diffiziler ist. Der Vorteil der Reaktion würde darin bestehen, daß die Beschaffung der Reagentien leichter und weniger kostspielig wäre, und daß das Technische vielleicht weniger Zeitaufwand erfordert. Nach den bisherigen Resultaten der Verfasser scheint die Karvonensche Reaktion in der Tat Beachtung zu verdienen, da sie in einer Anzahl von Fällen feinere Resultate als die Wassermannsche Reaktion gab. Ob man die Methode allein diagnostisch mit Sicherheit verwerten kann, müssen noch weitere Untersuchungen an einem großen Material lehren.

Prof. **H. Hochhaus** (Cöln): **Zur Diagnose des plötzlichen Verschlusses der Kranzarterien des Herzens.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Die Diagnose des plötzlichen Verschlusses der Coronararterien des Herzens ist im allgemeinen kaum mit Sicherheit zu stellen; über eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose kommt man gewöhnlich nicht hinaus. Verf. berichtet über vier einschlägige Fälle; bei zwei derselben konnte schon intra vitam die Diagnose gestellt werden. Anamnestisch fand sich bei zweien, daß schon Anfälle von Coronarsklerose vorausgegangen waren. Von den beiden anderen Patienten wurde angegeben, daß sie vorher nie an Herzbeschwerden gelitten hatten. Von den subjektiven Erscheinungen ist der Sternalschmerz, meist außerordentlich heftig, am hervorstechendsten; er strahlt in den linken Arm, zuweilen auch in andere benachbarte Nervenbahnen aus, er setzt, wie bei der Angina pectoris, ganz plötzlich ein, dauert aber nicht Minuten und Stunden, sondern ganze Tage, zuweilen Wochen, mit nur wenig Unterbrechungen. Mit dem Schmerz verbindet sich meist das Gefühl der Beklemmung, des Lufthungers, der Atemnot und eine allgemeine Unruhe. Fast immer sind auch Erscheinungen seitens des Magendarmkanals vorhanden, Uebelkeit, Würgen, Erbrechen und Spannung im Leibe. Das Sensorium pflegt frei zu sein. Was die objektiven Symptome seitens des Herzens anlangt, so war in den von Verf. beobachteten Fällen der Spitzenstoß meist nicht fühlbar und sichtbar; die Dämpfung war stets vergrößert, sowohl die absolute wie auch die relative. Die Schallerscheinungen waren stets sehr leise und nahmen mit der Dauer der Erkrankung noch ab. Der Puls war stets sehr klein, häufig an der Radialis kaum fühlbar; die Frequenz stieg häufig über 120—130 in der Minute; der Rhythmus war in mannigfaltigster Weise gestört. Die Einwirkung der verschiedenen Analeptica und Herzmittel war nur vorübergehend und konnte dem fortschreitenden Verfall der Herzkraft keinen Einhalt tun. Die Atemnot war auch objektiv hochgradig, die Zahl der Atemzüge war meist vermehrt. Meist trat bald hartnäckiger Husten auf, herrührend von Stauungsbronchitis und beginnendem Lungenödem; in den länger dauernden Fällen fanden sich in der Pleura mehr oder minder hochgradige Ergüsse. Außerdem waren andere Folgeerscheinungen der Herzschwäche da, starke Cyanose, Stauung der Leber, Albuminurie. Kurz zusammengefaßt sind für den plötzlichen Verschluß der Kranzarterien charakteristisch die bekannten Symptome der Angina pectoris in stärkster Intensität und Dauer, verbunden mit den Zeichen plötzlicher und unaufhaltsamer Herzschwäche. Ob die Verlegung der Arterien durch Embolie oder Thrombose oder durch sklerotische Veränderungen allein bedingt ist, wird manchmal leicht, manchmal gar nicht sicher zu entscheiden sein; in den meisten Fällen werden neben sklerotischen Veränderungen zugleich Thromben in den Gefäßen sich befinden. Im allgemeinen wird die Diagnose nur in einem Teil der Fälle gestellt werden können, nämlich dann, wenn die Herzarterien schon vorher sklerotisch, das Muskelfleisch schon verändert und die Thrombosierung ausgedehnt ist; nur dann nämlich wird der gesamte Symptomenkomplex in Erscheinung treten, von dem die richtige Erkenntnis hier abhängt. R. L.

Otologie.

Dr. **Ludwig Haymann** (München): **Ueber Spontanheilungsvorgänge bei Sinusthrombose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Wie Verf. ausführt, sind Spontanheilungsvorgänge bei menschlicher Sinusthrombose nicht selten zu beobachten. Sie können, auch bei Fortdauer der primären Mittelohreiterung, so komplett zum Abschluß gelangen, daß, infolge der Rekanalisation, der zur Obliteration gelangte Sinus wieder in gewissem Sinne blutführend werden kann. Verf. führt zwei Fälle an; in dem einen wurde zum ersten Male die Möglichkeit einer kompletten Spontanheilung einer otogenen Sinusthrombose histologisch bewiesen. R. L.

Pathologie.

Prof. Dr. **Ludwig Pick** (Berlin): **Ueber Dystrophia adiposogenitalis bei Neubildungen im Hypophysengebiet, insbesondere vom praktisch-chirurgischen Standpunkt.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 42—45.)

Die Hauptergebnisse dieser umfangreichen Arbeit sind folgende: Wie bei der Akromegalie kann auch bei der cerebralen Dystrophia adiposo-genitalis eine Besserung der charakteristischen Erscheinungen — insbesondere des Dysgenitalismus — nach der Operation der Hypophysengeschwulst erfolgen, und zwar wie bei der Akromegalie nach einer unradikalen Operation. Doch sind die pathologisch-anatomischen und topographischen Verhältnisse der Neubildungen sowie die kausalen anatomischen Bedingungen bei der Dystrophia adiposo-genitalis wesentlich andere als bei der Akromegalie. Für die Akromegalie ist das pathologisch-anatomische typische Korrelat die epitheliale Neubildung des Hypophysenvorderlappens, für die cerebrale reine, nicht mit Akromegalie kombinierte Dystrophia adiposo-genitalis die histologisch irgendwie geartete in oder neben der Hypophyse oder bei gleichzeitigem Hydrocephalus an anderer Stelle des Gehirns, insbesondere in dem Cerebellum, entwickelte Neubildung; Adipositas und Dysgenitalismus kann auch nach Traumen der Hypophysenregion und anscheinend auch bei bloßem chronischen Hydrocephalus getroffen werden, sofern nur dabei der Boden des dritten Ventrikels bezw. Infundibulum und Hypophysenhinterlappen (oder der Hypophysenvorderlappen) alteriert werden. Die Akromegalie ist in ihrer Genese abhängig von der Funktion, die Dystrophia adiposo-genitalis von der Lokalisation der intrakraniellen Neubildung. Bei der cerebralen Dystrophia adiposogenitalis findet man im Gegensatz zu der uniformen geschwulstmäßigen Umwandlung des Hypophysenvorderlappens bei der Akromegalie sehr variable Verhältnisse für die Art, Form und Topographie der Geschwülste: teils rein suprahypophysäre Neubildungen (Geschwülste des Infundibulum oder des Ventrikelbodens bei nicht selten freier Hypophyse und unter Umständen auch von Geschwulstbildung freier Sella), teils parahypophysäre Tumoren (Duraendotheliom in der Sella turcica), teils Neubildungen der Hypophyse selbst. Einheitlich ist für die Neubildungen des Hypophysengebietes bei Dystrophia adiposogenitalis nur die Neigung, gegen die Hirnbasis emporzudrängen. Die von der Hypophyse selbst ausgehende Geschwülste erscheinen dabei oft in zweiteiliger Form, mit einem kleinen intrasellären Abschnitt und einem größeren intrakraniellen, der mit ersterem durch einen Stiel verbunden ist. Durch das Abrücken der Neubildungen von dem mit der basalen, transsphenoidalen Operation als Methode der Wahl anzugreifenden Operationsfeld entstehen bei der Dystrophia adiposo-genitalis häufig für die chirurgische Erreichbarkeit und Beseitigung der Hirngeschwulst ungünstige topographische Bedingungen. Außerdem sind hier gleichzeitig auch für die operative Besserung der Dystrophia adiposo-genitalis als solcher die Chancen im allgemeinen ungünstiger als bei der Operation der hypophysären Neubildungen für die Behebung der Akromegalie. Für die operative Besserung der Akromegalie bildet die Indicatio causalis die Verminderung des hyperfunktionierenden Geschwulstparenchyms, für die cerebrale Dystrophia adiposo-genitalis die Dekompression des Hypophysenhinterlappens und Infundibulum oder der Infundibularregion und

des Bodens des dritten Ventrikels oder, falls die Dystrophie durch Hypofunktion des epithelialen Hypophysenparenchyms bedingt ist, des Hypophysenvorderlappens. Darum kann neben der rein topographisch oder in der Malignität des Tumors begründeten Inoperabilität bei der Dystrophia adiposo-genitalis eine physiologisch-funktionelle Inoperabilität entstehen, wenn Hypophyse, Infundibulum und evtl. auch der Ventrikelboden (oder der ganze Vorderlappen) von der Neubildung direkt oder indirekt durch Druck zerstört sind. — Die beste Prognose für den chirurgischen Eingriff bei Geschwülsten des Hypophysengebietes mit Dystrophia adiposo-genitalis besteht dann, wenn der Tumor im Vorderlappen der Hypophyse sitzt. Dafür sprechen einige erfolgreich operierte Fälle. Cysten des Vorderlappens oder ein parahypophysärer Duratumor können hier besonders günstige Verhältnisse schaffen. Die Indikation des chirurgischen Eingriffs wird bei der Dystrophia adiposo-genitalis mit Geschwülsten des Hypophysengebiets nicht durch den Zustand der Dystrophie, sondern in erster Linie durch die jeweiligen Symptome und Beschwerden seitens der Hirngeschwulst als solcher gegeben, kann allerdings möglichst weit gesteckt werden. Bei der Operation muß der Hinterlappen der Hypophyse und das Infundibulum (und auch ein Teil des Vorderlappens) geschont werden. Wie bei der Akromegalie kommen auch bei der Dystrophia adiposo-genitalis sehr selten epitheliale Neubildungen des Hypophysenvorderlappens aus basophilen Elementen vor. Carcinomähnlich aussehende Geschwülste des Hypophysenvorderlappens bei der Dystrophia adiposo-genitalis können in fast vollständigem Umfang versteinern bei benignem, über viele Jahrzehnte ausgedehntem Wachstum. Individuen mit derartigen Tumoren können auch unoperiert bei erträglichem Befinden ein höheres Alter erreichen (z. B. 64 Jahre in einem von Verf. untersuchten Fall) und an accidentellen Krankheiten zugrunde gehen. R. L.

Privatdozent Dr. **Hermann Küster** (Breslau): **Die Bedeutung der Blutgerinnung für die Entstehung der Thrombose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Gewöhnlich wird angenommen, daß für die Entstehung von Thromben die Gerinnbarkeit des Blutes eine wesentliche Bedeutung habe und zwar soll entweder ein besonderer Reichtum an Ferment oder an Fibrinogen oder auch beides zusammen die Ursache vermehrter Neigung zu Gerinnung sein. Verf. untersuchte nun, um diese Frage zu prüfen, nach der Methode von Arthus und Jul. Wohlgemuth im Blute gesunder und kranker Frauen, Schwangerer und Wöchnerinnen, darunter auch Frauen mit Thrombose und Frauen, die später an Thrombosen erkrankten, den Gehalt an Fibrinferment und Fibrinogen. Dabei ergab sich zunächst, daß die für das Ferment erhaltenen Zahlen in enormer Weise schwanken, bis um das Zehnfache; irgendeine Beziehung zu klinischen Erscheinungen, insbesondere eine auffällige Vermehrung bei der Thrombose war nicht bemerkbar. Etwas einheitlicher sind die Ergebnisse der Fibrinogenbestimmungen. So ergab sich, im Einklang mit anderen Untersuchungen, daß im allgemeinen in der Schwangerschaft die Werte etwas erhöht sind; dagegen fand sich keine Vermehrung bei Thrombose und auch nicht bei Eklampsie. Verf. kommt also zu dem Resultat, daß zwischen der Blutgerinnung und der Thrombose Beziehungen zurzeit nicht nachweisbar sind. R. L.

Privatdozent Dr. **Maximilian Neu** und cand. med. **Philipp Kreis** (Heidelberg): **Beitrag zur Methodik der Bestimmung der Blutgerinnungszeit nebst Mitteilungen über die Gerinnungsfähigkeit des Blutes während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Die Verfasser benutzten bei ihren Untersuchungen die von Wright angegebene Methodik der Bestimmung der Blutgerinnungszeit. Mittels einer Pipette wird von einem aus der Fingerbeere austretenden Blutstropfen eine Blutsäule von 5 ccm Volumen entnommen. Pipette samt Inhalt werden in ein konstant warmes Wasserbad resp. Thermostat von 37° C. gebracht. Die Prüfung der Gerinnungszeit wird folgendermaßen vorgenommen: Als Gerinnungszeit gilt die Zeit, nach deren Verlauf die Gerinnung gerade beginnt; dieser Zeitpunkt ist dadurch gekennzeichnet, daß beim Ausspritzen der vorher in die Pipette aufgenommenen Blutsäule auf Löschpapier in der Mitte des entstehenden Fleckens eine geronnene Partie sich befindet. Die Verfasser benutzten nicht die von Wright angegebene Pipette, sondern einen von Hoerder angegebenen „Präzisionssauger". Auf die Einzelheiten der Technik soll hier nicht eingegangen werden. Als Mittelwert der Gerinnungszeit ergab sich für die gesunde Frau eine Zeit von 2 Minuten. Differenzen von 10 Sekunden sind als noch in den Bereich des Normalen fallend zu betrachten. Für die gravide Frau ergab sich eine mittlere Gerinnungszeit von 2 Minuten 18 Sekunden, für die Frau während der Geburt 2 Minuten 29 Sekunden; derselbe Wert fand sich für die Frau im Wochenbett. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse und diätetische Therapie.

Prof. Dr. **R. Oestreich**: **Die interne Behandlung des Krebses mit Antituman [chondroitinschwefelsaurem Natrium].** (Zeitschrift f. Krebsforschung, 1911, Bd. 11, H. 1.)

Verf. hatte im vorigen Jahre (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, No. 37) über ein neues Verfahren zur Behandlung des Krebses mit Antituman Riedel (chondroitinschwefelsaurem Natrium) berichtet und legt neuerdings in der vorliegenden ausführlichen Abhandlung dar, welche Erwägungen ihn zur Anwendung dieses Präparates geführt und wie sich die einzelnen Fälle unter dieser Behandlung verhalten haben. Unter „Krebs" versteht Verf. nur den echten Epithelkrebs, nicht aber andere bösartige Geschwülste, z. B. Sarkome oder Endothelkrebse. — Aus den Mitteilungen geht hervor, daß das Antituman ohne Zweifel eine Wirkung auf die Krebsgeschwulst und auch auf den krebskranken Körper ausübt: Die Versuche zeigten auch, daß die Voraussetzungen des Verfassers richtig gewesen sind und daß im Antituman eine Substanz vorliegt, welche irgendeine Art Affinität zu der Krebsgeschwulst besitzt. Es ist daher gerechtfertigt, das Antituman weiter zur Behandlung Krebskranker zu verwenden; die anatomischen Veränderungen infolge der Antitumaninjektion sind derartige, daß Hoffnung auf günstige therapeutische Ergebnisse besteht. Vor allem ist ratsam, inoperable Fälle und solche, welche operiert sind, nach erfolgter Wundheilung mit Antituman zu behandeln. Man sei sich aber dabei stets dessen eingedenk, daß der durch Krebs bereits zerstörte Organteil verloren ist. Die bisherige Dosis (von 0,1 g) kann wahrscheinlich beträchtlich gesteigert werden; dann werden sich auch noch intensivere Einwirkungen bemerkbar machen. O.

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **E. Salkowski** (Berlin): **Ueber Fleischersatzmittel.** (Biochemische Zeitschrift, Bd. 19, No. 1/2.)

Die Bestrebungen des Verfassers, ein geeignetes Eiweißmaterial für die Aufbesserung der Nahrung der weniger bemittelten Volksklassen zu beschaffen und insbesondere die mit dem Blut der Schlachttiere in außerordentlich großer Quantität verlorengehenden Eiweißstoffe für die Zwecke der Volksernährung nutzbar zu machen, führten zur Darstellung eines neuen trockenen Blutpräparates, das therapeutisch einen bemerkenswerten Fortschritt bezeichnet. Dieser liegt einmal darin, daß die gesamten Eiweißkörper des Blutes in dem Präparate vereinigt sind, einschließlich des organisch gebundenen Eisens und Phosphors, und dann in der außerordentlich hohen Ausnutzbarkeit des Mittels, wie aus den von S. mitgeteilten ausführlichen Stoffwechselversuchen überzeugend deutlich hervorgeht. So wurde z. B. in einem auf 29 Tage ausgedehnten Versuche der Stickstoff zu 95,5 pCt., das Fett zu 98,48 pCt., die Kohlehydrate zu 98.98 pCt. ausgenutzt. Der gesamte Stickstoff wurde während dieser Zeit aus dem Präparate gedeckt.

Das Mittel gelangt unter dem Namen „Prothaemin" in den Verkehr. Es ist ein staubfeines, schokoladebraunes, geruch- und geschmackfreies Pulver, das, vor Feuchtigkeit geschützt, unbegrenzt haltbar ist. Die überraschende Verdaulichkeit, der ungewöhnlich hohe Resorptions- und Assimilationstiter des Prothaemins bei seinem Gehalt an natürlichem Bluteisen und organisch gebundenem Phosphor (Lecithin) bedingt die Ueberlegenheit des Prothaemin unter den gleichen Indikationen, wie sie dem Eisenphosphor und sonstigen Nährpräparaten im allgemeinen zugeschrieben werden: Darniederliegende Ernährung und Schwächezustände aller Art, Anämie, Chlorose, Unterernährung, Neurasthenie, Rekonvaleszenz usw. Dosis: 3—5 mal tägl. 1—2 gehäufte Teelöffel voll; in Schokoladenform täglich 1 bis 1½ Täfelchen von 50 g (40 pCt. Prothaemin), Kinder 1 bis ½ Tafeln.

Die Herstellung des Prothaemin hat die chemische Fabrik Goedecke & Co., Berlin, übernommen, wobei das Mittel der dauernden experimentellen Kontrolle von seiten des Verfassers untersteht. G.

Hofrat Dr. **Volland** (Davos-Dorf): **Noch etwas gegen die behinderte Nasenatmung und für die Kampferbehandlung der Phthisiker.** (Therapeutische Monatshefte, Oktober 1911.)

Verf. weist zunächst auf eine recht häufig vorkommende Ursache der nicht frei für die Luft durchgängigen Nase hin und gibt dagegen ein geeignetes Mittel an. Wenn man, sagt Verf., bei Klagen über öfteres Aufwachen des Nachts mit ausgetrocknetem Rachen und Zungengrund und über Schnarchen im Schlafe die Nasengänge frei und auch keine Behinderung durch geschwollene Rachenmandeln findet, so muß man sein Augenmerk auf die Gestaltung der vorderen Nasenöffnungen richten.

Man wird dann häufig bemerken, daß sie auffallend schmal sind. Hält man dann das eine Nasenloch zu und läßt kräftig einatmen, so sieht man, daß durch den Luftstrom der Nasenflügel gegen das Nasenseptum hingezogen wird und die Nasenöffnung sich fast klappenförmig verengert. Das gleiche kann man dann auch am anderen Nasenloch feststellen. Dieser Erscheinung muß also, sei es eine gewisse Weichheit der Knorpel der Nasenflügel, sei es eine Schwäche der Levatores alarum nasi zugrunde liegen. Gewöhnlich wird wohl beides der Fall sein. Unter diesen Umständen muß schon bei irgendwelchen leichteren Anstrengungen, wie raschem Gehen oder geringem Steigen, der Mund geöffnet werden, weil der verstärkte Inspirationsluftstrom die vorderen Nasenöffnungen nur noch mehr verengert und so dem vermehrten Luftbedürfnis nicht mehr Genüge geleistet werden kann. Während des Schlafes sind alle Muskeln erschlafft und damit auch die Heber der Nasenflügel. Sie werden der Saugwirkung des in die Nase ziehenden Luftstroms noch weniger Widerstand entgegensetzen können als im wachen Zustand. Die Luftzufuhr ist ungenügend, der Mund wird geöffnet, es kommt zum Schnarchen oder wenigstens zum Austrocknen des Rachens. Um das Atemhindernis zu beseitigen, kann man sich ein sehr einfaches und ganz billiges Instrumentchen selbst leicht herstellen. Eine gewöhnliche glatte Haarnadel faßt man in der Mitte und biegt sie auf die Fläche bis zu einem reichlich spitzen Winkel. Die so entstandenen abgerundeten Schenkel zieht man dann so weit auseinander, daß sie, in die Nasenlöcher gebracht, die Nasenflügel von der Nasenscheidewand fernhalten. Da das Material der Haarnadel eine gewisse Federung besitzt, gelingt es leicht, es dahin zu bringen, daß sich dieser Nasensperrer von selbst festhält. Um nun den Druck der Schenkel auf das Naseninnere zu verteilen, gibt man ihnen, soweit sie in die Nase zu liegen kommen, eine kleine Biegung nach innen. Der leichte Druck in der Nase wird bald nicht mehr gefühlt. Es kann das Instrumentchen die ganze Nacht ruhig liegen bleiben und hat ungestörten Schlaf im Gefolge.

Ferner empfiehlt Verf. gegen den akuten Schnupfen ein Mittel. Es besteht in der Darreichung von 10—15 Tropfen einer 1 proz. Lösung von Morph. mur. Das wirkt nach gar nicht langer Zeit wie eine Erlösung. Zuerst hört der unaufhörliche Nießreiz auf; dann nimmt die Absonderung erstaunlich ab und der Druck in der Gegend der Stirnhöhlen verschwindet. Am folgenden Tage machen sich nur noch geringe Erscheinungen vom Schnupfen bemerkbar. Ein so behandelter Schnupfen zieht sich keinesfalls lange hin und wird weder den Kehlkopf noch die Luftröhre oder gar die Bronchien befallen. Die geringe Morphiumdosis wirkt geradezu coupierend auf dieses Leiden, und Verf. rät dringend zur Nachprüfung. Sehr gute Dienste hat Verf. bei einem chronischen Nasenkatarrh, der öfter in einen Schnupfen überging, die Crême Déhné getan, die aus Extract. Hamamel. dest. 30,0, Acid. boric., Anaesthesin āā 5,0, Lanolin 55,0, Essent. Heliotrop., Rosar. āā 1,0 besteht. Es nennt sich ein spezifisches Heilmittel gegen Heuschnupfen und nervösen Schnupfen, für Nase und Augen zu gebrauchen. Zweimal tägliche Anwendung dieser Salbe brachte Verf. vollständige Heilung. Es wurde nur eine kleine Tube davon verbraucht.

Zum Schluß macht Verf. wieder darauf aufmerksam, daß die subkutane Anwendung des 10 proz. Kampferöls, die er zuerst im Februarheft 1906 der Therap. Monatshefte angab, sich ihm fortgesetzt als das beste Unterstützungsmittel bei der Behandlung der Lungenkranken bewährt. Von allen Verfahren, die heutzutage als Hilfsmtitel in der Phthisiatrie gebräuchlich sind, hat der Kampfer den Vorzug, daß man mit ihm nie schadet, daß er auch in sehr großen Dosen, wie Verf. sie bei schweren Lungenblutungen mit großem Erfolge gibt, ohne irgendwelche unangenehme Erscheinungen vertragen wird; 24—30 g Kampferöl subkutan in 24 Stunden. Kr.

Oberstabsarzt Dr. **Dannehl** (Frankfurt a. M.): **Zur Behandlung des Nasenkatarrhs.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 40.)

Verf. verwendet gegen Nasenkatarrh methodische Atemübungen, die zur regelmäßigen Sekretentleerung, zur allmählichen Abschwellung der Schleimhaut und zur Hebung des verlangsamten Blutumlaufs in ihr führen sollen. Theoretisch kann man den Atemübungen eine Wirksamkeit bei Nasenaffektionen insofern zusprechen, als die in die Nase einströmende Atmungsluft nicht nur abschwellend auf deren Schleimhaut wirkt (daher kann man Nasenbluten bei freier Nasenatmung fast stets durch kurze Zeit fortgesetztes tiefes Einatmen durch die Nase bei Ausatmung durch den Mund zum Stehen bringen), sondern in gewisser Weise auch die Nebenhöhlen lüftet, indem der von der Lunge her fortgesetzte negative Druck auch auf deren Mündungen ansaugend wirkt und die Einatmungsluft dorthin nachströmen läßt. Daß die Schutztätigkeit der Nasenschleimhaut — Schlagen des Flimmerepithels und Absonderung des dünnen physiologischen Nasenschleims — durch das regelmäßig wechselnde Darüberstreichen der mehr kühlen, trockenen und sauerstoffreichen Einatmungs- und der mehr warmen, feuchten und kohlensäurereichen Ausatmungsluft angeregt wird, ist zwar nicht experimentell bewiesen, aber doch im höchsten Grade wahrscheinlich, ebenso, daß das Ausbleiben dieser physiologischen Reizwirkung beim akuten und chronischen Nasenkatarrh die Schwellung und Stauung in der Schleimhaut im Sinne eines Circulus vitiosus nur verschlimmert.

Die zu den Atemübungen benutzte Luft soll möglichst rein und kühl und beim Atmen im Zimmer durch ausgiebiges Lüften unmittelbar vorher aufgefrischt sein. Am günstigsten für die Uebungen liegen deshalb die Morgen- und Abendstunden, die auch zur Entleerung des in der Nacht angesammelten Sekrets und des tagsüber eingeatmeten Staubes besonders geeignet erscheinen. Die Atmung soll langsam und tief erfolgen. Das Ansaugen der Einatmungsluft muß mit ihrem Einströmen durch die Nase gleichen Schritt halten; zu rasches Ansaugen bei behinderter Nasenatmung führt zentralwärts von der Stelle des Hindernisses zur Luftverdünnung und damit nur zu noch stärkerer Blutüberfüllung und Schwellung der Schleimhaut. Die Ausatmung soll mit Rücksicht auf die mit ihr verbundene geringe Blutstauung im allgemeinen nur ebenso lang, unter Umständen sogar kürzer als die Einatmung ausfallen, zumal, da bei schon langsamer Atmung die verlängerte Ausatmung leicht einen gewissen Lufthunger hervorruft. Oft wird ein rascheres Freiwerden der vorher behinderten Nasenatmung erreicht, wenn statt einer ununterbrochenen gleichmäßigen Einatmung gelegentlich fünf bis sechs kurze „schnüffelnde" Einatmungsrucke ausgeführt werden, welche eine energische Ausatmung der Nebenhöhlenluft bewirken. Sehr wichtig ist schließlich die rechtzeitige Sekretentleerung. Sobald sich lockeres Sekret in der Nase bemerkbar macht, ist es aus jeder Nasenhälfte einzeln durch kräftiges, aber kurzes einseitiges Ausschnauben und hierauf noch nach hinten durch kurzes Ansaugen zu entfernen. Das trägt jedesmal zum Freiwerden der Nasenatmung bei, während vorzeitiges und länger fortgesetztes Schnauben und Pressen die Nasenverstopfung vermehrt. Die freigewordene Nasenatmung zeigt sich daran, daß auch rasches Atmen glatt und unter rein blasendem Geräusch ohne Schnaufen und Rasseln gelingt.

Was die Ausführungen der Atemübungen im einzelnen betrifft, so ist, wenn die Witterung und der Zustand des Kranken es irgend gestatten, im Freien bei ruhigem Gehen zu atmen. Je eine halbstündige Uebung morgens und abends genügt. Die Tiefe der einzelnen Atemzüge wird am besten nach der Zahl der gemachten Schritte kontrolliert, so daß im Mittel auf je zwei Doppelschritte eine Ein- und eine Ausatmung kommt (bei langsamem Gehen = 8—10, bei rascherem = 12 bis 14 Atemzüge in der Minute). Das bedarf nur anfangs einiger Aufmerksamkeit. In den ersten 5—10 Minuten wird dabei durch den Mund ausgeatmet, was die Ausatmungsphase abkürzt und die sie begleitende Stauung verringert. Schon nach dieser Einleitung macht sich häufig, namentlich bei kühler Außenluft, gelockertes Sekret in der Nase bemerkbar. Nach seiner evtl. Entleerung wird zur ausschließlichen Nasenatmung übergegangen, wobei sich innerhalb von 10—15 Minuten gewöhnlich mehrmals flüssiges, zuletzt mehr seröses Sekret entleert.

Der Erfolg der Atemübungen tritt anfangs nur langsam ein und läßt bei Aufenthalt im geschlossenen Raume bald wieder nach, bei erheblicherer Nasenverstopfung und bei Zimmeratmung braucht man deshalb anfangs Hilfsmittel. Geeignet ist das Menthol, namentlich in der Form einer für längeren Gebrauch geeigneten reizlosen Salbe, wie sie z. B. das von der Hirschapotheke in Frankfurt a. M. gefertigte Bormelin darstellt, das man vor jeder Atemübung in den Naseneingang mittels Glasstabs einstreicht und durch Reiben mit dem Nasenflügel über eine möglichst große Schleimhautfläche verteilt. Ein kleiner Zusatz von Suprarenin, Novocain, eventuell — bei chronischen torpiden Katarrhen — auch von Formalin (1/4 bis höchstens 1/2 pCt.) beschleunigt gelegentlich noch die Wirkung. Die Uebungen sind in jedem akuten Falle nach dem Aufhören der subjektiven Beschwerden noch ein bis zwei Wochen lang, in chronischen Fällen am besten dauernd fortzusetzen. Kr.

Chirurgische Therapie.

Dr. **F. Rusca** (Berlin): **Ueber die Behandlung von infizierten Wunden, Phlegmonen, Panaritien und Adenitiden mit Glyzerinverbänden.** (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1911, No. 21.)

Die moderne Auffassung der Wundbehandlung legt nicht mehr den größten Wert auf die Desinfektion der infizierten Wunde selbst, sondern bestrebt sich besonders, die Abwehrkräfte des Organismus im Kampf gegen die pathogenen Keime zu unterstützen. Diesen Anforderungen scheinen Verf. gerade die Glyzerinverbände zu entsprechen. Sie haben folgende Wirkungen:

1. Dekongestionierung der vom Verband bedeckten Gewebe. Das beruht auf der wasseranziehenden Kraft des

Glyzerins, die Gewebssäfte werden vom Glyzerin aufgesogen und deswegen strömen frische Säfte vom Blut zu dem wasserarmen Gewebe.

2. Reinhaltung der Wunde durch das Aufnehmen der Wundsekrete, das Erweichen und Auflösen von Krusten und nekrotischem Gewebe. Dadurch wird alles entfernt, was das Gedeihen der Mikroorganismen begünstigt, die Resorption toxischer Wundprodukte wird auch stark herabgesetzt.

3. Leichte antiseptische Wirkung, die beliebig gesteigert werden kann, durch Zusetzen von Antiseptica.

4. Keine Intoxikationsgefahr, da Glyzerin in ziemlich großen Dosen (bis 190 g täglich) innerlich ohne unangenehme Erscheinungen aufgenommen wurde. Die Verbände sind, wenn man von einem leichten Brennen am Anfang absieht, schmerzlos, sie kleben nie an der Wunde, so daß das Abnehmen derselben auch schmerzlos geschieht. In der letzten Zeit ist Glyzerin besonders in Verbindung mit Antisepticis zur Wundbehandlung gebraucht worden. Verf. hat die therapeutische Wirkung des Glyzerins an ungefähr 100 Fällen studiert und teilt die Ergebnisse mit. Er teilt seine Fälle ein in:

a) durch die gewöhnlichen Eitererreger (Staphylokokken, Streptokokken, Bact. coli) infizierte Wunden;

b) akute Adenitiden, Phlegmonen, Furunkel, Panaritien;

c) tuberkulöse Geschwüre.

Die Technik der Verbände ist die denkbar einfachste; eine mit Glycerinum officinale durchtränkte Kompresse wird direkt auf die zu behandelnde Stelle gelegt und mit einem luftdichten Stoff bedeckt. Der Verband wird zweimal täglich gewechselt.

Die durch die gewöhnlichen Eitererreger infizierten Wunden werden vom Glyzerin sehr günstig beeinflußt, die entzündlichen Erscheinungen nehmen oft auffallend schnell ab, ebenso die Sekretion. Die Wunde reinigt sich schnell und bald treten gute Granulationen auf. Verf. hatte den Eindruck, daß, je akuter die Erscheinungen sind, desto besser die Wirkung der Glyzerinverbände ist. Bei Furunkeln, Phlegmonen, Panaritien, Adenitiden geben Glyzerinverbände ebenfalls sehr gute Resultate. Vor den eventuellen operativen Eingriffen wirken sie dekongestionierend und zugleich wie warme Umschläge; nachher tritt noch die direkte Aufsaugung des Wundsekretes und die leichte desinfizierende Wirkung in Tätigkeit. Auf tuberkulöse Geschwüre übten Glyzerinumschläge keine bedeutende Wirkung aus.

Verf. zieht die Glyzerinumschläge den Alkoholumschlägen bei weitem vor, denen ja auch eine dekongestionierende Wirkung zugeschrieben wird, weil hier die Gerinnung des Eiweißes wegfällt, die immer eine Sekretstauung bedingt, und die Glyzerinumschläge keinerlei Schmerzen bedingen. Kr.

Geburtshilfe.

Prof. **Hermann Freund** (Straßburg): **Wandlungen in der Kaiserschnittfrage.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Verf. bespricht die Wandlungen, welche der Kaiserschnitt hinsichtlich seiner Indikationsstellung und Technik im Laufe der letzten Epoche durchgemacht hat. Es gibt eine Reihe von Geburtshelfern, welche die früheren geburtshilflichen Operationen, die Zange, insbesondere die hohe Zange, die präventive Wendung und die künstliche Frühgeburt gegenüber den beckenspaltenden und uterusspaltenden Operationen weit zurücktreten lassen. Da auch die beckenspaltenden Operationen als nicht erfolgreich genug von den meisten wieder fallen gelassen sind, kommt für viele Geburtshelfer der Kaiserschnitt heute allein noch in Frage, wenn es sich darum handelt, bei ungünstigen Geburtsbedingungen Mutter und Kind gleichzeitig zu erhalten. Bis vor wenigen Jahren wurde der klassische Kaiserschnitt in seinen verschiedenen Modifikationen allein geübt; die Resultate sind im Laufe der Zeit recht gut geworden; aber die Mortalität der Mütter beträgt noch gegen 6 pCt., die der Kinder fast 6 pCt. Verf. selbst hat 37 klassische Kaiserschnitte ohne Todesfall der Mütter ausgeführt und dabei auch kein lebendes Kind verloren, trotzdem unter diesen Fällen einige sehr komplizierte und unreine sich befanden. Der von Fritsch angegebene quere Fundusschnitt ist von den meisten wieder schnell verlassen worden, weil er zu gefährlichen Verwachsungen der Intestina führen kann. Neuerdings ist für sogen. „unreine" Fälle der extraperitoneale Kaiserschnitt wieder eingeführt worden. Er besteht im wesentlichen darin, daß die Harnblase von einem Längs- oder Querschnitt aus seitlich und abwärts weggedrängt und die Umschlagsfalte des Bauchfells womöglich uneröffnet in die Höhe geschoben wird. Gelingt dies, so liegt das ganze untere Uterinsegment besonders bei der Beckenhochlagerung zutage und kann jetzt quer oder besser längs evtl. bis in die Scheide hinein durchschnitten werden, so daß das Kind nunmehr oberhalb der Symphyse mit der Hand oder der Zange oder einem sonst geeigneten hebelartigen Instrument entwickelt, die Nachgeburt aber in der üblichen Weise nach Credé exprimiert werden kann. Diese Methode hat Sellheim für sicher infizierte Fälle dahin abgeändert, daß er die Bauchfelltasche nicht schont, sondern samt dem darunter liegenden unteren Segment inzidiert, daß er dann die Bauchfellränder in die Bauchdeckenwunde einnäht und das Kind nunmehr durch diese Uterusbauchdeckenfistel herausbefördert. Die Fistel wird nicht geschlossen, sondern heilt per secundam. Manche Geburtshelfer wollen einen cervicalen Kaiserschnitt, bei dem sie nur transperitoneal vorgehen, d. h. den Bauchfellüberzug des unteren Uterinsegments einschneiden, das Kind und die Nachgeburt entfernen und dann erst den Uterusmuskel und seine Bauchfellbekleidung isoliert verschließen, direkt bei reinen Fällen an Stelle des klassischen Kaiserschnittes anwenden und unreine Fälle nach wie vor mittels der Perforation behandeln. Verf. hat den cervicalen Kaiserschnitt 10 mal ausgeführt, und zwar rein extraperitoneal. Dreimal riß das Bauchfell etwas ein, doch gelang es jedesmal, es zu erhalten. Nur eine Operierte starb an einer croupösen Lungenentzündung, mit der sie schon eingeliefert wurde; die Operation selbst war glatt und fast unblutig verlaufen. In zwei Fällen gelang es nicht, die Kinder lebend zu extrahieren. Verf. erörtert dann weiter die Vorteile und Nachteile der beiden Methoden, des corporalen und des cervicalen Kaiserschnittes. Das Kriterium liegt nach Verf. in späteren Geburtsfällen, besonders in solchen, bei denen der Kaiserschnitt an derselben Frau wiederholt ausgeführt werden muß. Gegen den klassischen Kaiserschnitt hat man in dieser Hinsicht folgende Bedenken geltend gemacht: Verwachsungen des Operationsgebietes mit dem Bauchfell und den Eingeweiden, Verdünnung und Atrophie der operierten Stelle; Gefahr spontaner Zerreißung des Uterus an dieser Stelle, insbesondere dann, wenn die Nachgeburt in ihr implantiert ist. Die Bedenken gegenüber dem cervicalen Kaiserschnitt sind: Fixation des Gebärmutterhalses im parametranen Bindegewebe; dauernde Verdünnung des Uterus gerade an der Stelle, welche bei folgenden Geburten physiologischerweise am stärksten gedehnt werden muß, nämlich im unteren Segment; daher Gefahr einer Ruptur. Alle diese Bedenken haben sich sowohl für den corporalen wie für den cervicalen Kaiserschnitt als übertrieben herausgestellt. Verf. hat bei 6 Frauen den corporalen Kaiserschnitt wiederholt ausgeführt, nämlich je zweimal. Stärkere Verwachsungen waren nur in einem Falle zu lösen, dreimal bestanden nur ganz lose Adhärenzen und zweimal gar keine. Die Kaiserschnittstelle fand sich nur in einem Falle verdünnt, bei den übrigen war sie überhaupt als solche nicht zu erkennen. Den cervicalen Kaiserschnitt hat Frank an drei Frauen wiederholt, bei zwei Frauen je dreimal, bei der dritten zweimal. Auch er hat keine üblen Folgen beobachtet. Für den corporalen Kaiserschnitt empfiehlt Verf. 1. Anlegen des Uterusschnittes möglichst tief abwärts in der Vorderwand, d. h. vom Fundus entfernt, damit die Placenta nicht getroffen werden kann. Die Möglichkeit einer Verklebung von Eingeweiden, von Bauchfell ist dann sehr gering. 2. Das Mitfassen der Serosa bei den tiefgreifenden Uterusnähten muß vermieden werden, weil durch deren Einstülpen die breite Verwachsung der Muskelplatten verhindert und dadurch die Gefahr einer späteren Uterusruptur vermehrt werden könnte. 3. Als Nahtmaterial sollte für die tiefen Nähte Seide, für die oberflächlichen Katgut genommen werden, das das Bauchfell wenig reizt. 4. Kleine Gaben von Secale, einige Zeit fortgebraucht, zwingen den Uterus ebenso sehr zu dauernder Kontraktion wie ein möglichst frühzeitiges Anlegen des Kindes. Der Uterus gelangt dann schneller aus dem Bauchraum ins Becken. Was nun die infizierten Fälle anlangt, so kann man unter Umständen sogar den klassischen Kaiserschnitt bei solchen noch mit Erfolg machen, ebenso auch den cervicalen Kaiserschnitt, wie es Verf. in einigen Fällen gelungen ist. Für die Mehrzahl der unreinen Fälle ist nach Verf. vorläufig die hohe Zange, die Verkleinerung der Frucht und die Vermeidung jeglicher Operation einschließlich der Beckenspaltung das sicherste Verfahren. Für den praktischen Arzt außerhalb der Anstalten bleibt außerdem noch die künstliche Frühgeburt ein verläßliches Verfahren. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Dezember 1911.

Vorsitzender: Herr Orth.

Tagesordnung:

Ueber Uranoplastik.

Herr **Carl Helbing** berichtet über 100 Fälle von Gaumenspalte, die er im Laufe der Jahre nach der etwas abgeänderten klassischen Methode v. Langenbecks operiert hat. Er erzielte in 78 pCt. Heilung. Bei den ersten 95 Fällen kam kein

Todesfall vor, der 96. ging 20 Stunden nach der Operation — es handelte sich um ein 1½ Jahre altes Kind — in einem Krampfanfall zugrunde. An Mißerfolgen waren 8 pCt. zu verzeichnen.

Eine besondere Tabelle rubriziert die Kranken, bei denen keine zweite Operation vorgenommen zu werden brauchte. Das Alter der Operierten bewegte sich zwischen ¼ bis 28 Jahren. H. ist Anhänger der frühzeitigen Operation, denn je früher die Operation gemacht wird, desto besser ist das sprachliche Resultat. Wichtig für den Erfolg ist auch, ob die Operation das erste Mal gelingt. Das Operationsverfahren Helbings fußt auf der Langenbeckschen Methode und vermeidet die Unzuträglichkeiten derselben; in besonderen Fällen bediente er sich einiger Modifikationen. Das Verfahren ist zweizeitig und besteht 1. in seitlichen Inzisionen und Ablösung der Schleimhaut; 2. in Anfrischung des Spaltrandes und Naht. Zwischen 1. und 2. liegen 2—3 Tage.

Ist das Material gering, so bleiben von den seitlichen Inzisionen Fisteln zurück, die, wenn sie persistieren, unangenehm und störend sind. Um diese zu vermeiden, machte sich Vortr. die Erfahrungen der Zahnärzte, daß sich ein ganz normaler Oberkiefer umbilden läßt, zu nutze und suchte eine Verschmälerung des Oberkiefers in 6 Fällen dadurch zu erreichen, daß er die Backenzähne mit einer Metallkappe versah und die gegenüberliegenden Kappen durch einen Metalldraht verband, der sich durch eine Schraubenvorrichtung verkürzen ließ und so die beiden Oberkiefer einander näherte. So ließen sich die Spalten bis auf die ausreichende Entfernung von 1 cm verengern. Bei kleineren Individuen mit großer Gaumenspalte ist diese Methode nicht anwendbar, dann muß blutig operiert werden. In einem solchen Falle ging H. so vor, daß er den Proc. zygomaticus submukös durchmeißelte, darauf beide Oberkieferhälften gegeneinander preßte und sie mit Silberdraht befestigte; nach 5 Tagen erfolgte dann die Schleimhautablösung und Naht. Zum Schluß gibt Vortr. noch ein Verfahren an, um etwa persistierende, seitliche Fisteln zu beseitigen, welche dadurch unangenehm wirken, daß sie das Eintreten von Speiseresten in die Nase ermöglichen.

Um Defekte des weichen Gaumens zu schließen, bediente sich Vortragender eines Verfahrens, bei dem er den Arcus palato-pharyngeus zur Plastik heranzog. Er erzielte dadurch sehr gute Resultate.

Chemotherapeutische Versuche an tumorkranken Tieren (gemeinsam mit Dr. M. Wassermann und Dr. Keysser).

Herr **A. v. Wassermann** und **v. Hansemann**: Es ist kein Zweifel, daß es in der gesamten Medizin auf experimentell therapeutischem Gebiete kein wichtigeres Problem gibt, als dasjenige der experimentellen Therapie der Neubildungen. Bei dem absoluten Dunkel, welches hier herrscht, kann es sich natürlich vorerst nur darum handeln, ganz prinzipielle Fragen im Experiment zu lösen. Als außerordentlicher Fortschritt ist es daher zu betrachten, daß uns Männer wie Jensen, Ehrlich und Bashford gelehrt haben, Tumoren bei Mäusen heranzuzüchten und uns in den Stand gesetzt haben, ein ausgezeichnetes Experimentierfeld zu besitzen. Die allgemeine Frage, in wiefern eine Analogie besteht zwischen den Mäusetumoren und den menschlichen Tumoren, muß von vornherein ausscheiden. Hier kommt nur der Punkt in Betracht: die Tatsache, daß es sich auch bei den Mäusetumoren um das Vorkommen von schnell wachsenden Zellagglomeraten handelt, die den übrigen Zellen des Tierhaushaltes vital überlegen sind. Es fragt sich nun zunächst: Ist es möglich, im lebenden Organismus diese schneller wachsenden Zellen elektiv zu zerstören und zwar unter Schonung der normalen Zellen des Organismus? Auf den ersten Blick erscheint es nicht sehr aussichtsreich, durch ein Mittel die stärker wachsenden Zellen gerade zu treffen und die anderen nicht. Zu betonen ist aber von vornherein, was wir unter „zerstörendem Einfluß" verstehen. Damit sind nicht etwa Mittel zu verstehen, die man lokal auf den Tumor einwirken läßt, sondern wir müssen soweit kommen, daß wir Mittel konstruieren, die, in die Blutbahn injiziert, sich an die Tumorzellen fixieren und diese zerstören. Stellt man diese Forderung, so ist das Dunkel noch größer und die vorhandene Vorarbeit noch sehr gering. Vortragender suchte zunächst auf biologischem Wege die Frage zu lösen und stellte Versuche an zellenstörende Sera gegen Mäusetumoren zu verwenden, alles aber ohne Erfolg. Auch die Versuche mit lecithinzerstörenden Substanzen hatten dasselbe negative Ergebnis. Infolgedessen beschritt Vortragender in der Ueberzeugung, daß man sich kräftigerer Mittel bedienen müsse, um der Tumorzelle beizukommen, den chemotherapeutischen Weg. Er ging zunächst mit Mißtrauen an den Versuch, ein solches Mittel zu finden, das Tumorzellen zerstört, aber andere weniger resistente Zellen schont, und er unternahm noch einen letzten biologischen Versuch. Er wollte sehen, ob im Serum gesunder Individuen nicht Stoffe vorhanden sind, welche die Tumorzellen abzutöten imstande sind. Zu diesem Zwecke brachte er ganz frische Carcinomstückchen im Reagenzglase mit dem Blut von Gesunden und demjenigen von Kranken zusammen, um zu sehen, in welchem Röhrchen die Zellen schneller absterben. Ob eine Zelle lebt oder nicht, kann man mittels eines Reagens erkennen: einer Lösung von selen- oder tellursaurem Natron. Wenn eine Zelle lebt, wird das Selen aus seiner Lösung herausgefällt; ist eine Zelle tot, dann bleibt die Lösung unverändert. Bei dem Versuch zeigte sich, daß die Zellen in beiden Röhrchen am Leben geblieben waren; bei näherer Betrachtung bemerkte v. W. aber, daß das Selen sich nur an ganz bestimmten Stellen niedergeschlagen, nämlich, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, nur dort, wo die Krebsnester lagen; der Niederschlag war aber auch in den Zellen, und zwar in der Nähe der Kerne, zu sehen. Das Selen war also an die vitalsten Elemente herangegangen. Es scheint also möglich, mit einem Mittel an die Tumorzelle, welche ein sehr energisches und vitales Element darstellt, heranzukommen. Vortragender injizierte sodann Mäusen mit harten, mindestens kirschgroßen Tumoren eine 1 proz. Selen(Tellur-)lösung in die Tumoren hinein und fand, daß diese danach erweichten, sich verflüssigten und nach außen durchbrachen. Die Mäuse heilten unter Umständen aus. Nach der lokalen Anwendung ging v. W. daran, das Mittel intravenös von der Schwanzvene aus den Mäusen beizubringen. Nun zeigte sich keine Wirkung. Dies erklärte sich Vortragender damit, daß das Selen auf seinem Wege durch die Blutbahn bis zum Tumor viele avide Zellen findet, von denen es beschlagnahmt wird, bevor es noch den Tumor erreicht. Es müßte also ein Geleise in der Form eines chemischen Mittels für das Selen gefunden werden, mit Hilfe dessen es blitzschnell durch den Organismus transportiert wird, so daß die anderen Zellen keine Zeit haben, es abzufangen. Die Substanz müßte also eine große Diffusionskraft besitzen, derart, daß sie, soeben eingespritzt, schon an Stellen aufträte, die mit der Zirkulation nur in lockerer Verbindung stehen. Vortragender erinnerte sich aus früheren Versuchen der Fluorescine (Eosin u. a.), welche die genannte Eigenschaft der Diffusibität in ausgezeichnetem Maße besitzen. Nach langen vergeblichen Versuchen, ein gutes Präparat herzustellen, gelang es schließlich, ein solches zu finden, bestehend aus Eosin und Selen; das Mittel stellt eine rote Substanz dar, die sich leicht in kaltem und warmem Wasser löst. Injiziert man es intravenös einer Maus, so färbt sie sich schnell rot. Die tödliche Dosis beträgt für eine gesunde Maus 2.5 mg. Tumormäuse, welche das Mittel vertragen, zeigen ein gesetzmäßiges Verhalten der Geschwülste. An den ersten drei Tagen erhalten die Mäuse täglich je eine Injektion. Am 4. Tage bemerkt man, daß der bis dahin steinharte Tumor anfängt zu erweichen. Am 5. Tage folgt die 4. Injektion: danach erweicht der Tumor noch mehr, so daß er fluktuiert. Nach der 5. Injektion machen sich Resorptionserscheinungen bemerkbar, indem die Cyste kleiner wird. Am 8. und 9. Tage fühlt man den Tumor nicht mehr; nur ein verdickter bindegewebiger Strang ist zu bemerken. Häufig genügen 5 Injektionen zur Heilung, sonst kann man noch 1—2 Injektionen bis zur völligen Resorption des Tumors hinzufügen. Nicht immer verläuft der Heilversuch so glatt, die Tiere laufen Gefahr, im Stadium der Resorption zu erkranken und können später an den Folgen der Ruhr zugrunde gehen. Wenn es gelingt, den Tumor radikal zu beseitigen, dann kommt keine Spur von Rezidiv vor.

Obduziert man die behandelten Mäuse in verschiedenen Stadien der Heilperiode, so findet man makroskopisch im ersten Stadium der Erweichung den Tumor bröcklig und rotgefärbt; bei weiterer Erweichung ist der Tumor völlig zu Brei geworden, aus der Verwachsung gelöst, der Brei wird weithin resorbiert. Alle mitgeteilten Resultate sind an Mäusetumoren gewonnen und zwar von Carcinom- und Sarkomstämmen. Was die Virulenz der Stämme betrifft, so haben sie 90—100 pCt. Ausbeute ergeben. Auch an zwei Mäusen mit spontan entstandenen Tumoren, bei denen eine Selbstheilung bisher nicht beobachtet ist, hat die intravenöse Selen-Eosininjektion eine vollständige Heilung herbeigeführt. Die demonstrierten Tiere zeigen jetzt, drei Monate nach der Heilung, keine Spur von Rezidiv. Damit ist das letzte Glied in der Kette der Beweisführung geschlossen. Der Vortr. hebt nachdrücklichst hervor, daß das, was er besprochen, nur von Tumoren der Mäuse gelte und für die Stämme, mit denen er gearbeitet habe. Ein Mäusetumor ist kein Menschenkrebs, die Verhältnisse sind in beiden grundverschiedene und er würde es bedauern, wenn durch seine Ausführungen eine Beunruhigung der tumorkranken Menschen und der Aerzte eintreten würde. Britzmann.

(Schluß folgt.)

83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsruhe vom 24.—30. September 1911.

(Fortsetzung.)

Gesamtsitzung der medizinischen Hauptgruppe.

Referent: W. Stockert (Karlsruhe).

2. Sitzung am Mittwoch, den 27. September 1911, 9¼ Uhr vormittags.

Vorsitzender: Herr B. Krönig (Freiburg i. B.).

Referat über innere Sekretion.

Herr **A. Biedl** (Wien): Die von Brown-Séquard vor mehr als zwei Dezennien aufgestellte Lehre von der inneren Sekretion erhielt erst auf der Stuttgarter Naturforscherversammlung im Jahre 1906 eine festere Fundamentierung. Es liegen nunmehr so zahlreiche und überzeugende Beweise für die durch chemische Boten vermittelte Beeinflussung von Organtätigkeit vor, daß in der letzten Zeit der neurale und humorale Consensus partium in der Wertschätzung der Biologen die Rollen vertauscht haben. Jedes Organ, jedes Gewebe und in letzter Linie jede Zelle verändert die Zusammensetzung der Säftemenge und übt durch spezifische Produkte unter Vermittlung des zirkulierenden Blutes auf die übrigen Teile einen bestimmenden Einfluß aus. In die Gruppe der innersekretorischen Organe gehören nicht nur die Blutdrüsen, diese ehemaligen Stiefkinder der Physiologie, sondern es werden alle Organe einzubeziehen sein, von welchen erweisbar ist, daß ihre spezifischen Produkte als physiologische Hormone für die Tätigkeit anderer Teile und für den Gesamtorganismus von Bedeutung sind. Bei dem heutigen Stande unseres Wissens können wir an Stelle der üblichen deskriptiven Behandlung des Gebietes bereits den Versuch machen, die einzelnen Vorgänge im Körper, bei welchen Hormonwirkungen in mehr oder weniger ausgedehnten Maße mitwirken, zusammenfassend darzustellen. Das weitausgedehnte Gebiet der inneren Sekretion kann im Rahmen eines Vortrages nur von einzelnen Streiflichtern beleuchtet, in raschem Fluge vorbeigeführt werden. Durch die chemischen Boten können einerseits der Bau und andererseits die Leistungen der korrelativen Gruppen beeinflußt und abgeändert werden. Die morphogenetische Hormonwirkung ist bereits in sehr frühen Entwicklungsphasen vorhanden und dürfte vielleicht schon bei der Determination des Geschlechts des werdenden Individuums mitbestimmend sein. Die somatischen Merkmale der Geschlechter, und zwar nicht nur die primären, an den Genitalorganen selbst wahrnehmbaren Sexuszeichen, sondern auch die Anlage und Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere sind von der innersekretorischen Tätigkeit der Keimdrüsen abhängig. Eine große Reihe von Beobachtungen legt übrigens den Gedanken nahe, daß in bezug auf die innersekretorischen Anteile eine hermaphroditische Anlage der Keimdrüsen besteht. Der Inbegriff der gesamten Organisationsverhältnisse des Körpers, die Konstitution des Individuums werden von der Anlage und der embryonalen Entwicklung einer Reihe von Hormonorganen mitbestimmt. Die kongenitalen Bildungsdefekte der Schilddrüse und Nebennieren führen zu schweren Entwicklungsstörungen im Bereiche des Knochen- und Nervensystems. Besser bekannt ist der Einfluß dieser Organe in der extrauterinen Wachstumsperiode, in jenem Zeitraume, bevor das Individuum seine Vollreife erlangt. Die Erlangung eines normalen, dem Alter und Geschlecht entsprechenden Habitus steht in engem Konnexe mit der fortschreitenden Reifung, aber auch mit der richtigen Tätigkeit anderer Hormonorgane; Abweichungen von der Norm, welche man als Frühreife einerseits und als Spätreife oder Unreife des Organismus andererseits bezeichnen kann, ferner Beobachtungen nach Exstirpation der verschiedenen innersekretorischen Organe an Tieren und endlich die Erfolge der Organotherapie sind die Quellen der bereits vorliegenden, wichtigen Erkenntnisse. Der Infantilismus ist nicht ausschließlich auf eine Unterentwicklung der Keimdrüsen zu beziehen, denn auch die Entfernung der Schilddrüse oder des Hirnanhanges bei jugendlichen Tieren bedingt ein Stehenbleiben des Körpers auf einer frühen Entwicklungsstufe. Allerdings können die Hormonwirkungen dieser Organe unter Vermittlung der Keimdrüsen zustandekommen. Das bestimmende Merkmal des Habitus, die Dimensionierung des Körpers, beruht in erster Linie auf dem Skelettwachstum, und für dieses sind die Keimdrüsen, die Schilddrüse und Thymus, die Hypophyse und vielleicht noch andere Organe durch ihre chemischen Boten bestimmend. Alle durch die Hormone angeregten und beeinflußten morphotischen Vorgänge vollziehen sich auf dem Boden eines abgeänderten Chemismus. Der Einfluß von innersekretorischen Organen ist nicht nur auf die Gesamtheit der Verbrennungsprozesse im Tierkörper, sondern auch auf die einzelnen Teilglieder des Stoffwechsels erwiesen. Exakte, allen Kautelen entsprechende Untersuchungen zeigen den mächtigen Einfluß der Schilddrüsen und der Keimdrüsen auf den Gesamtumsatz, indem beim Fehlen dieser Organe eine starke Herabsetzung, bei Zufuhr ihrer Hormonstoffe eine wesentliche Steigerung des gesamten Stoffwechsels in Erscheinung tritt. Diese Feststellungen haben für die Pathogenese und Therapie der konstitutionellen Fettsucht eine besondere Bedeutung. Die mannigfaltigen und zum Teil antagonistischen Beziehungen von Hormonorganen zum Kohlehydratstoffwechsel können das Verständnis des Diabetes mellitus anbahnen. Diejenigen Wirkungen der Hormone, welche zu Abänderungen von funktionellen Leistungen des Körpers führen, können entweder durch die direkte chemische Beeinflussung der einzelnen Gewebe oder indirekt unter Vermittlung des Nervensystems zustandekommen. Das Sekretionsprodukt des Adrenalsystems, das Adrenalin, ist ein elektiv auf das genetisch verwandte sympathische Nervensystem wirkendes physiologisches Stimulans. Der für den Kreislauf des Blutes wichtigste Mechanismus, der Gefäßtonus, wird durch diesen Reizstoff herbeigeführt und in einer den variablen Bedürfnissen des Organismus entsprechenden Weise geregelt. Auch der andere maßgebende Faktor, das Herz, unterliegt in bezug auf seine Tätigkeit vielfach dem Einfluß von Hormonen. Aus neuen Versuchen, welche Vortragender gemeinschaftlich mit Dr. Tscheboksaroff ausgeführt hat, geht hervor, daß aus der Niere Substanzen in die Blutbahn gelangen, welche die physikalischen Verhältnisse der Gefäßwand und auf diese Weise den Lymphstrom und die Zusammensetzung des Blutes abändern. Die Vorgänge der Sekretion und Motilität im gesamten Gebiet des vegetativen Nervensystems werden durch Hormone teils ausgelöst teils modifiziert. Es sei auf das Adrenalin, auf das Hypophysenextrakt als Uterustonicum und auf das Peristaltikhormon hingewiesen. Im Kretinismus und seiner günstigen Beeinflussung durch Schilddrüsenpräparate, im Morbus Basedowii, im Morbus Addisonii und in der Tetanie liegen hinreichende Beispiele der Abänderung von Nerventätigkeiten durch Mangel oder Ueberfluß von inneren Sekreten vor. Die Keimdrüsen, welche durch ihre generative Anteile die Erhaltung der Art ermöglichen, sorgen durch ihre innersekretorischen Anteile für die richtige Durchführung ihrer hohen Aufgabe, der Erhaltung der Kontinuität des Lebens.

Herr **Morawitz** (Freiburg i. B.): Die durch die Cellularpathologie begründete lokalistische Betrachtungsweise krankhafter Vorgänge hat lange unsere Denkweise völlig beherrscht. In unserer Zeit macht sich aber immer mehr das Bestreben geltend, nicht ausschließlich die Zelle als Einzelindividuum zu betrachten, sondern die Beziehungen der Zellen und Organe untereinander zu verstehen, die Gesetze zu erkennen, welche die Harmonie der biologischen Vorgänge im vielseitigen Organismus beherrschen. Das ist der Grundakkord der Lehre von der inneren Sekretion, der Lehre von den chemischen Wechselwirkungen im Organismus.

Die Lehre von der inneren Sekretion ist im wesentlichen Neuland. Zwar sind einzelne Tatsachen schon lange bekannt (Berthold [1849], Claude Bernard, Brown-Séquard), aber erst die letzten Jahre haben uns einen Einblick tun lassen in die ungeahnte Fülle der Erscheinungen. Daher ist es verständlich, daß man es auf diesem Gebiete vielfach noch mit unzusammenhängenden, schwer erklärbaren Beobachtungen zu tun hat, daß auch hypothetische Erwägungen einen großen Raum einnehmen.

Zu dieser Unsicherheit trägt besonders die Unkenntnis der chemischen Natur der Hormone bei. Chemisch kennen wir bisher nur das Adrenalin (Friedmann, Stolz) und ebenfalls noch das Hormon der Schilddrüse, das Thyreoglobulin (Oswald). Alle anderen Hormone sind bisher unbekannt. Die dringendste Aufgabe der weiteren Forschung dieses Gebietes ist die Aufklärung der chemischen Natur der Hormone, die auch mit unseren heutigen Methoden möglich erscheint. Weiterhin fehlen exakte quantitative Methoden zur Bestimmung der Hormone in Körperflüssigkeiten. Selbst die Exaktheit der besten Methoden zum quantitativen Nachweis des Adrenalins im Blute (Kehrer-Fränkel, Läwen-Trendelenburg) wird neuerdings in Frage gestellt. Noch unsicherer steht es mit dem Nachweis von Schilddrüsenstoffen, für die uns nur die sogen. Reid-Huntsche Reaktion zur Verfügung steht. Diese hat bisher eigentümliche Resultate ergeben, die bis zu einem gewissen Grade für die schon längst von Blum behauptete Entgiftung von Stoffwechselprodukten durch die Schilddrüse und deren Hormone sprechen.

Sehr kompliziert gestalten sich die Verhältnisse auch durch die eigenartigen Wechselbeziehungen, in denen die innersekretorischen Drüsen zueinander stehen. Erkrankt eine von ihnen, so werden häufig auch eine ganze Reihe anderer mit hineingezogen, so daß es bisweilen sehr schwer, ja fast unmöglich sein kann, das primär erkrankte Organ mit Sicherheit zu erkennen (Insuffisance pluriglandulaire von Claude und Gougerot). Ein gutes Beispiel ist die Akromegalie. Die primäre Erkrankung betrifft wahrscheinlich den Vorderlappen der Hypophyse. Aber schon frühzeitig verändern sich auch die Genitalien; Schilddrüse, Thymus werden in den Prozeß mit

hineingezogen. Aehnlich liegen die Dinge bei Erkrankungen anderer innersekretorischer Drüsen. Falta, Eppinger u. a. haben versucht, ein Verständnis für diese eigenartigen Wechselbeziehungen anzubahnen. Sie nehmen an, daß von einer Drüse der anderen hemmende oder fördernde Impulse zuströmen, daß Fortfall eines innersekretorischen Organs Hyper- oder Hypofunktion anderer im Gefolge hat. Für manche Fälle mag diese Deutung zutreffen, doch lassen sich zweifellos nicht alle, vielleicht auch nicht einmal die Mehrzahl der bisher beobachteten Erscheinungen in das Schema der korrelativen Förderung und Hemmung einreihen. Vielfach liegen die Verhältnisse sicher viel verwickelter. Auch dürften die Angriffspunkte der Hormone oft nicht direkt in der entgegengesetzt wirkenden innersekretorischen Drüse, sondern im Erfolgsorgan gesucht werden.

Obwohl also noch viele Lücken klaffen, sind unsere bisherigen Kenntnisse innersekretorischer Vorgänge auch für den Arzt groß und bedeutungsvoll. Besprochen werden deren Beziehungen zum Stoffwechsel, zum Nervensystem und zum Wachstum.

Auf dem Gebiete des Stoffwechsels der Kohlehydrate haben sich neue wichtige Tatsachen ergeben. Dominierend ist hier die Stellung des Pankreas (v. Mering und Minkowski). Der Pankreasdiabetes beruht sicher auf Störung chemischer Wechselwirkungen, nicht auf Verletzung abdomineller Nervengeflechte während der Operation, wie Pflüger annahm. Allerdings kennt man weder das Pankreashormon selbst, noch weiß man, in welcher Weise es den Zuckerstoffwechsel reguliert. Das ist nicht wunderbar, wenn man erwägt, daß auch heute noch die Frage zur Diskussion steht, ob das Wesentliche der diabetischen Stoffwechselstörungen in einer vermehrten Zuckerbildung oder in einem gestörten Zuckerverbrauch zu suchen ist. Daß letzterer auch eine wichtige Rolle spielt, ist zum mindesten sehr wahrscheinlich (Acidose!). Neben dem Hormon des Pankreas beeinflussen sicher auch die zahlreichen anderen innersekretorischen Organe den Zuckerstoffwechsel in mannigfaltiger Weise: das sind besonders Nebenniere, Schilddrüse und Nebenschilddrüse, Hypophyse. Auch nervöse Einflüsse spielen hinein. Der Diabetes ist wahrscheinlich nur ein Symptom, das durch verschiedenartige Störungen des komplizierten Mechanismus entstehen kann, der den Zuckerauf- und -abbau im Organismus regelt. Die Tatsache, daß der Eintritt der Acidose nicht allein von der Intensität der diabetischen Stoffwechselstörungen abhängt, sondern sich bis zu einem gewissen Grade davon unabhängig erweist, spricht für die klinische Bedeutung der verschiedenen Entstehungsursachen des Diabetes. Man darf bei der ungeheuren Kompliziertheit der Erscheinungen nicht in eine Ueberschätzung des bisher Erreichten verfallen. Speziell scheint zurzeit die Bedeutung des Adrenalins für den Kohlehydratstoffwechsel überschätzt zu werden. Sicher ist nicht das Adrenalin allein für die Mobilisation des Leberglykogens bedeutungsvoll. Zwischen den arbeitenden Muskeln, in denen das Leberglykogen verbrannt wird, und der Leber bestehen gewisse Beziehungen. Glykogenmangel in den Muskeln führt zur Mobilisation des Leberglykogens. Nach eigenen, mit Dr. Zahn angestellten, Versuchen sind wahrscheinlich die sauren Substanzen, die als Produkte unvollkommener Oxydation bei Muskelarbeit entstehen und in das Blut übertreten, für die Mobilisation des Leberglykogens bedeutungsvoll.

Nimmt das Pankreas im Kohlehydratstoffwechsel eine dominierende Stellung ein, so kommt diese für Fettstoffwechsel und Gesamtumsatz der Schilddrüse zu. Praktisch ist das insofern bedeutungsvoll, als es manche Fälle von Fettsucht gibt, die nicht als Mastfettsucht gedeutet werden dürfen, sondern durch eine Verlangsamung des Stoffwechsels entstehen (Bouchards Ralentissement de la nutrition, v. Bergmann). Diese Fälle reagieren in der Regel gut auf Zufuhr von Schilddrüsensubstanz, während diese Therapie bei der Mastfettsucht unwirksam, ja sogar schädlich sein kann. Es muß das Bestreben des Arztes sein, die beiden Arten der Fettsucht besser als das bisher möglich war, zu trennen. Erleichtert wird diese Trennung dadurch, daß die originäre Fettsucht oft gewisse Erscheinungen einer ungenügenden Funktion mancher innersekretorischen Drüsen erkennen läßt. (Eunuchoider Typus der Fettsucht.)

Wahrscheinlich wirken auch andere innersekretorische Drüsen auf den Gesamtumsatz, z. B. die Hypophyse. Ob allerdings die hypophysäre Fettsucht (Fröhlich 1901) direkt von einer Erkrankung dieses Organes abhängt oder ob sich auch dort die Schilddrüse als beherrschender Faktor einschiebt, läßt sich nicht sicher sagen. Ganz ungeklärt ist auch der Einfluß der Keimdrüsen. Dort stehen sich die Anschauungen noch ziemlich unvermittelt gegenüber (Lüthje, Loewy und Richter).

Von den Beziehungen innersekretorischer Drüsen zum Mineralstoffwechsel, die noch kaum geklärt sind, mag der Einfluß der Nebenschilddrüse auf den Kalkstoffwechsel hervorgehoben werden (Macallum).

In eigenartiger, schwer zu entwirrender Weise verknüpfen sich nervöse und chemische Reflexe bei der Erregung sympathisch innervierter Organe. Ob das Adrenalin eine wesentliche Rolle für die Erhaltung des normalen Gefäßtonus spielt, ist sehr zweifelhaft. Sympathisch innervierte Organe können wahrscheinlich ganz unabhängig vom Adrenalin einen Tonus besitzen. Die nephritische Blutdrucksteigerung hat vermutlich mit dem Adrenalin nichts zu tun, ebensowenig die Gefäßlähmung im Endstadium von Infektionskrankheiten. Die einzige Krankheit, bei der eine vermehrte Adrenalinproduktion und erhöhter Tonus des Sympathicus nachgewiesen sind, ist der Morbus Basedowii. In welcher Beziehung aber hier die beiden Vorgänge zueinander stehen, läßt sich nicht entscheiden, so daß die Frage nach der Bedeutung des Adrenalins für die tonische Erregung sympathisch innervierter Organe noch ganz ungeklärt ist.

Auch das cerebrospinale Nervensystem unterliegt dem Einfluß von Hormonen. Die Psychosen des Morbus Basedowii, der geringe Intellekt Myxödematöser, die Pubertätspsychosen, sind einige Beispiele dafür, daß die Funktion des Großhirns nur dann in normaler Weise abläuft, wenn von weit entfernten, mit dem Zentralnervensystem scheinbar nicht im engeren Konnex stehenden Drüsen diesem Hormone zufließen. Am besten bekannt ist der Einfluß der Nebenschilddrüse auf das Zentralnervensystem. Folge ihrer Entfernung ist die Tetanie. Es ist möglich, daß alle Tetanieformen mit den Nebenschilddrüsen in Zusammenhang stehen, auch wenn an diesen Organen anatomisch nichts nachweisbar ist. Denn die Entstehung der Tetanie — in diesem Sinne spricht besonders die Graviditätstetanie — ist nicht allein vom Zustande der Glandula parathyreoidea, sondern auch von den Anforderungen, die an diese herantreten, spez. von der Bildung von Giften im Organismus abhängig. In allen Fällen schwerer, sonst therapeutisch unbeeinflußbarer Tetanie sollte daher die Implantation von Epithelkörperchen erwogen werden.

Unter den innersekretorischen Organen, die das Wachstum beherrschen, nehmen die Keimdrüsen das größte Interesse in Anspruch. Die Abhängigkeit der sekundären Geschlechtsmerkmale von der innersekretorischen Funktion der Keimdrüsen ist allgemein bekannt. Ja sogar vom Embryo strömen Hormone der Mutter zu und regen die Entwicklung der Milchdrüsen während der Gravidität an, während andererseits die Hormone der Keimdrüsen die Entwicklung des graviden Uterus und der Placenta beherrschen. Auch das Wachstum des Individuums im postembryonalen Leben hängt mit der Keimdrüsenfunktion innig zusammen. Je später die eintritt, um so später erfolgt auch die Verknöcherung der Epiphysenfugen und damit der Abschluß des Wachstums (Jaudler).

Außerdem beeinflussen aber auch andere innersekretorische Drüsen die Entwicklung. Basedowkranke sollen sich durch besondere Körperlänge auszeichnen (Holmgren). Das heißt also, daß der dem Basedow zugrunde liegende Hyperthyreoidismus latent schon vor Abschluß des Wachstums vorhanden sein muß. Endlich wäre hier noch die eigenartige Wachstumsstörung bei der Akromegalie anzuführen, der eine Hyperfunktion des Vorderlappens der Hypophyse entspricht. Möglicherweise ist auch der Riesenwuchs ähnlich zu deuten. Er ist vielleicht der Ausdruck einer Ueberfunktion der Hypophyse vor vollendetem Wachstum.

Die innersekretorischen Vorgänge sind sicher nicht auf eine kleine Zahl von Organen beschränkt. Es handelt sich vielmehr um generelle Eigenschaften aller Organe und Zellen des Körpers. Substanzen, die von einer Zelle als überflüssige und schädliche Stoffwechselschlacken entfernt werden, lösen an anderen Stellen des Organismus wichtige Funktionen aus. Stoffwechselendprodukte wurden im Laufe der phylogenetischen Entwicklung zu Hormonen (Bayliss und Starling). Ja selbst zerfallende Zellen lösen noch Reaktionen im Organismus aus. So begünstigt der Zerfall von Blutzellen die Neubildung von Zellen der gleichen Art. Es ergibt sich eine Art von Selbststeuerung der Degenerations- und Neubildungsvorgänge. Das beste Beispiel für die generelle Bedeutung von Hormonwirkungen gibt die Kohlensäure. Sie reguliert nicht allein die Atembewegungen, viele, ja vielleicht alle Funktionen der Zellen des Organismus sind auf ein bestimmtes Kohlensäureoptimum eingestellt. Eine Vermehrung sowohl wie eine Verminderung der Kohlensäureretention der Körperflüssigkeiten ist schädlich, ja kann sogar zum Tode führen (Henderson).

Die nächsten Aufgaben der Forschung auf dem Gebiete der inneren Sekretion sind folgende: Erforschung der chemischen Natur der Hormone und ihres Wirkungsmechanismus. Ausarbeitung quantitativer Methoden zur Bestimmung der Hormone in Körperflüssigkeiten. Aber auch schon das, was wir jetzt wissen, eröffnet uns einen Einblick in den engen, organischen Zusammenhang aller Zellen und Gewebe, in die Einheit des Organismus.

Diskussion:

Herren **L. Fränkel** (Breslau), **G. Zuelzer** (Berlin), **R. Schickele** (Straßburg) [mit Demonstrationen], **A. Biedl** (Wien) [Schlußwort].

Abteilung für Kinderheilkunde.

Berichterstatter: Prof. Dr. Tobler (Heidelberg).

3. Sitzung am Sonntag, den 24. September 1911.

Vorsitzender: Prof. Scheltema (Groningen).

Herr **Schulz** (Freiburg i. Br.): **Wachstum und osmotischer Druck bei jungen Hunden.**

Vier Hunde eines Wurfs wurden jenseits der Säugungsperiode ernährt: Hund 1 mit gemischter Kost, Hund 2 nur mit Milch, Hund 3 mit $^1/_3$ Milch und $^2/_3$ Mehlabkochung, Hund 4 nur mit Mehlabkochung.

Die Hunde 2—4 waren imstande, trotz der ungenügenden Nahrung, die namentlich bei Hund 4 beinahe ganz salzfrei war, die physikalischen Eigenschaften ihres Blutes innerhalb normaler Grenzen zu erhalten, wenn sich auch ein Einfluß der unzweckmäßigen Ernährung nicht verkennen ließ.

Der Organismus der Tiere verzichtet aber während dieser Zeit beinahe ganz auf das Wachstum, wie durch Röntgenbilder nachgewiesen wurde. Der Versuch wurde 6 Wochen fortgesetza. Nach Fütterung mit gemischter Kost erholten sich die Tiere, das Wachstum setzte wieder ein. Die physikalischen Eigenschaften des Blutes unterschieden sich nicht von denen des normalen Tieres No. 1.

Herr **Tobler** (Heidelberg): **Ueber Spätrachitis.**

Echte floride Rachitis des Adoleszentenalters wurde bei fünf Mädchen und vier Knaben beobachtet. Der Beginn der Krankheit fällt meist zwischen das 12. und 16. Lebensjahr. Die Mehrzahl der Kranken war in der ersten Kindheit rachitisfrei geblieben, bei zweien handelte es sich um ein Rachitisrezidiv, bei einem um verschleppte, niemals ausgeheilte Rachitis. Die subjektiven Symptome waren Schmerzen in den Beinen beim Stehen und Gehen, rasche Ermüdung, Gehbeschwerden. Die Untersuchung ergab überall rachitischen Rosenkranz, Epiphysenschwellungen und verschiedene Deformitäten, im Röntgenbild Atrophie des Knochens, Auffaserung der distalen Knochenenden, mächtige Knorpellager an Stelle der Epiphysenlinie. Die Skeletterkrankung war in den meisten Fällen von einer mehr oder weniger ausgesprochenen Entwicklungshemmung begleitet; diese findet ihren Ausdruck in einem Zurückbleiben des Längenwachstums, infantilem Habitus und Wesen, und verzögerter Ausbildung der Pubertätszeichen. Rachitische Myopathie, Anämie, Milztumor fanden sich nirgends, Schweiße, Meteorismus vereinzelt. Die Frage nach der Aetiologie fand auch unter den weniger komplizierten Verhältnissen dieser Altersstufe keine befriedigende Lösung. Unter den begünstigenden Momenten steht die Domestikation, schlechte Wohnungs- und Arbeitsbedingungen an erster Stelle. Die Phosphorlebertranbehandlung brachte in allen Fällen die Beschwerden zum Rückgang; der vorzügliche therapeutische Effekt ließ sich im Verlaufe weniger Monate am Radiogramm verfolgen.

Diskussion:

Herr **Aschenheim** fand bei einem Kranken mit Spätrachitis dieselben Blutveränderungen wie bei der infantilen Rachitis.

Herr **Uffenheimer** berichtet über eine eigene Beobachtung bei 15 jährigem Mädchen.

Herr **Ibrahim** fragt nach den Werten für die elektrische Erregbarkeit der Nerven, hat selbst Spätrachitis mit Tetanie kombiniert beobachtet.

Herr **Feer** betont die Wichtigkeit der „respiratorischen Noxe“ als ätiologischen Faktors, weist auf die Möglichkeit von Beziehungen zum Genitalapparat, nach Analogie der Osteomalacie, hin.

Herr **Tobler** hat in einem Falle die elektrische Erregbarkeit gesteigert, aber nicht in sicher pathologischem Maße, gefunden.

Herr **Vogt** (Straßburg i. E.): **Zur Pathologie und Pharmakologie der Atmung im Kindesalter.**

Spirometrische Untersuchungen, die Verf. in Gemeinschaft mit Dr. Lederer ausgeführt hat, ergaben, daß Alkohol auch beim Kinde zur Steigerung der absoluten Atmungsgröße und der Atemtiefe führt. Atropin hatte keinen ausgeprägten Einfluß bei Fällen von sogen. Bronchitis asthmatica. Bei Kindern mit chronischen Erkrankungen der Respirationsorgane fand sich in Uebereinstimmung mit den Befunden von Gregor eine Steigerung der Exkursionsweite der absoluten Atmungsgröße und eine herabgesetzte Exkursionsweite der Atemtiefe. Bei willkürlicher vertiefter Atmung kommt es bei diesen Kindern nicht zur Verlangsamung der Atmung, sondern im Gegenteil oft zur Beschleunigung.

Herr **Zybell** (Leipzig): **Beiträge zur Behandlung der Spasmophilie.**

Z. hat an Hand fortlaufender, kurzfristiger Untersuchungen der elektrischen Erregbarkeit ein großes Tetaniematerial auf die Beeinflussung durch verschiedene Faktoren geprüft. Aussetzen der Nahrungszufuhr macht fast regelmäßig ein Ansteigen der Erregbarkeit. Dem raschen oder langsamen Abfall vom 2. Tage an folgt bei längerer Karenz oft ein erneuter Anstieg. Die klinischen Erscheinungen erfuhrenin 27 pCt. der Fälle eine deutlicle Verschlimmerung. Die Nahrungsentziehung ist nur da am Platze, wo die konkurrierende Ernährungsstörung sie erheischt. Mit der Nahrungszufuhr hängt wahrscheinlich das An- und Abschwellen der Erregbarkeit im Laufe des Tages zusammen; sie ist morgens am höchsten, abends am niedrigsten. Kuhmilch wirkt nicht schlechthin spasmogen. Nervöse Störungen und Erregbarkeit können auch unter ihrem Gebrauch zurückgehen. Eine besondere Heilkraft der Kohlehydratkost war nicht zu erkennen. Wirksam ist die Ernährungsweise, die ein möglichst ungestörtes Gedeihen des Kindes garantiert. Die „Kontrastnahrung“ wirkt oft günstig. Die transitorische antispasmodische Wirkung der Calciumsalze macht sich in 28 Versuchen 17 mal an der elektrischen Erregbarkeit, nicht an den klinischen Erscheinungen geltend. Neben der hemmenden hat das Ca eine erregende Wirkung; eine solche kommt regelmäßig den Calciumsalzen zu.

Diskussion:

Herr **L. F. Meyer** sah günstige Wirkungen von hohen Dosen Calcium bromatum (2—3 g pro die) auf spasmophile Krämpfe und Laryngospasmus; das Mittel soll später mit Phosphorlebertran kombiniert werden.

Herr **Lust:** Bei älteren Kindern bedeutet KOeZ unter 5 Milliampère nicht immer Spasmophilie; für dieses Alter fehlen Normalzahlen. Im 1. Lebensjahre ist das Peroneusphänomen von diagnostischem Wert.

Herr **Grosser** fragt nach dem Einfluß interkurrenter Krankheiten, besonders der Pneumonie auf die Tetanie.

Herr **Thiemich** konnte diesbezüglich gelegentlich sehr differentes Verhalten feststellen. Um Standardzahlen für das spätere Kindesalter zu erhalten, wird man Kinder vom 1. Jahre an fortlaufend untersuchen und alle pathologischen ausscheiden müssen.

Herr **Ibrahim** sah ebenfalls verschiedene, aber nicht gesetzmäßige Einflüsse interkurrenter Krankheiten auf die Tetanie; auffallend war das Zusammenfallen schwerer Symptome mit der pneumonischen Krisis. Den Hungertag möchte I. in der Therapie nicht missen. Man individualisiere.

Herr **Koch** betont die günstige Wirkung des Chloralhydrates. Dieses läßt nach Herrn Zybell die elektrische Erregbarkeit unbeeinflußt.

Herr **Grosser** (Frankfurt a. M.): **Ueber das Verhalten parenteral zugeführter Kalksalze im Organismus.**

Injiziert man rachitischen Säuglingen glyzerin-phosphorsauren Kalk, so steigt die Kalkretention von wenigen Prozenten auf über 60 pCt.; außer der gesamten injizierten Menge wird auch noch ein erhöhter Prozentsatz des Nahrungskalkes retiniert. In der Nachperiode kehrt die Ca-Retention zur Norm zurück. Von Calciumchlorid dagegen wird die in der Hauptperiode retinierte geringe Menge in der Nachperiode wieder ausgeschieden, so daß es zu negativer Bilanz kommt. Die Verfütterung von Glyzerinphosphorsäure und damit von Lecithin ist für den Phosphoransatz nicht wertvoller als die von anorganischen Phosphaten, da die Säure durch ein Ferment im Darm gespalten wird.

Diskussion:

Herr **Heubner** (Göttingen) fragt, welche Glyzerinphosphorsäure benutzt wurde, die symmetrische oder die asymmetrische.

Herr **Grosser:** Es handelt sich um eine Mischung beider mit Zusatz von Acid. citric.

Herr **L. F. Meyer** weist auf die oft sehr starken lokalen Reizerscheinungen hin; entstehende Depots können Retention vortäuschen.

Herr **Ibrahim** (München): **Ueber Hydrocephalus internus.**

Vortragender sieht das Wesen des floriden Hydrocephalus internus in einem dauernden Mißverhältnis zwischen Sekretion und Resorption des Liquors. Er hat gefunden, daß nach interner Urotropindarreichung die Formaldehydreaktionen nicht nur im Lumbalpunktat, sondern auch im Ventrikelpunktat positiv ausfallen, ferner, daß das Urotropin bei normalen Kindern innerhalb gesetzmäßiger Frist wieder aus dem Lumbalpunktat verschwindet, während diese Resorptionszeit bei drei hydrocephalen Kindern erheblich verlängert war. Bei drei nicht mehr progredienten Wasserköpfen war die Resorptionszeit nicht größer als bei normalen Kindern. Vortragender hofft, diese Tatsache zu einer diagnostisch und prognostisch verwertbaren Funktionsprobe für das normale zirkulatorische Verhalten der Cerebrospinalflüssigkeit ausbauen zu können.

Herr **Scheltema** (Groningen): **Tuberkuloseinfektion unter dem poliklinischen Material des Groninger Kinderkrankenhauses.**

520 Kinder des poliklinischen Materials zwischen 0 und 14 Jahren wurden der (eventuell 2 maligen) Kutanprobe unterworfen. Der Vergleich mit dem Wiener Material ergibt:

Es reagierten positiv:

Lebensjahr:	1.	2.	3. u. 4.	5. u. 6.	7 – 10.	11. 14.
	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.	Proz.
In Wien	1	9	27	51	71	94
In Groningen	4	9½	18	26	40½	57

Die großen Unterschiede erklären sich einmal aus der überhaupt kleineren Tuberkulosefrequenz in Holland, sodann aus den durchweg besseren Wohnungsverhältnissen der ärmeren Bevölkerung.

Diskussion:

Herr **Schlossmann**: Die bekannten Wiener Zahlen gelten nur für die ungewöhnlich schlechten sozialen Verhältnisse des dortigen Proletariats. Die Tuberkulose ist eine Proletarier- und Kinderkrankheit und wird meist enterogen erworben; die Inhalationstuberkulose ist ein Märchen!

Herr **Köppe** fand in kinderreichen Familien ein nach Geschlechtern verschiedenes zeitliches Auftreten der Kutanreaktion.

Herr **Feer** hält gegenüber Herrn Schlossmann an der viel größeren Wahrscheinlichkeit der bronchogen entstehenden Tuberkulose fest.

Herr **Camerer** (Stuttgart): **Anwendung und Wirkung des elektrischen Dauerwärmers im Säuglingsalter, besonders bei Frühgeburten.**

Vortragender demonstriert den Apparat, den er nach sorgfältiger Prüfung sehr brauchbar gefunden hat und bespricht seine Vorzüge vor anderen Erwärmungsmethoden.

Herr **Uffenheimer** (München): **Ueber Arthritismus im Kindesalter und Harnsäureausscheidung.**

Zwei Knaben mit echtem Arthritismus, 7 und 11 Jahre alt, zeigten die typische „Normalkurve" der Harnsäureausscheidung mit raschem Aufstieg nach Verfütterung purinhaltiger Nahrung und Abfall auf die vorigen Werte der endogenen Ausscheidung im Verlauf einiger Tage. Ein 4½ jähriger Asthmatiker, ein 13 jähriges neuropathisches Mädchen und eine 3 jährige Pseudoskrofulose (Lymphatismus) zeigten nach Verfütterung purinhaltiger Nahrung eine verschleppte Ausscheidung oder eine kaum veränderte Ausscheidungskurve. U. hofft durch weitere Untersuchungen zur klinischen Abgrenzung verwandter Krankheitsbilder beitragen zu können.

Diskussion:

Herr **Langstein** warnt vor den Irrwegen der früheren Gichtforschung; zuverlässige Schlüsse erlaubt nur die Harnsäurebestimmung im Blut.

Derselben Ansicht ist Herr **Camerer**, der auch die sogen. „Normalkurve" für schwerlich zutreffend hält.

4. Sitzung am Sonntag, den 24. September 1911.
Vorsitzender: Herr Salge (Freiburg i. B.).

Herr **Freudenberg** (München): **Zur Kenntnis des kindlichen Myxödems.**

Vortr. hat die Assimilationsgrenze für Traubenzucker bei einem Fall von ausgeprägtem Myxödem eines 14 jährigen, 17,5 kg schweren Kindes bei 125 g gefunden; für Lävulose bei 25, für Galaktose bei 20 g. Mit 1 mg Adrenalin subkutan konnte in drei Versuchen Glykosurie erzeugt werden. Atropin und Pilokarpin beeinflußten dieselbe nicht. Gegen Pilokarpin war das Kind hochgradig unempfindlich. Wesentliche Symptome des Myxödems stellen diejenigen eines erniedrigten Tonus autonomer Nerven dar. Solche sind: die verengte Lidspalte, die tiefe Stimme, Impotenz, Obstipation und vielleicht die Anhidrosis. Die starke Speichelsekretion ist, weil durch Atropin unbeeinflußbar, nicht auf eine durch autonome Nerven vermittelte Erregung zurückzuführen. Die oft beobachtete Pulsverlangsamung ist durch die geringe Intensität des allgemeinen Stoffwechsels bedingt. Auch die häufig beobachtete Erhöhung der Assimilationsgrenze für Dextrose glaubt F. zum Vagustonus in Beziehung setzen zu dürfen.

Herr **Tobler** (Heidelberg): **Ueber das Verhalten von Wasser und Kochsalz bei akuten Gewichtsverlusten.**

Vortr. berichtet kurz über die Einrichtung der internationalen Laboratorien am Monte-Rosa. Gemeinsam mit Cohnheim, Kreglinger und Weber hat T. Untersuchungen über Blutveränderungen im Hochgebirge und speziell über die chemischen Vorgänge bei akuten Gewichtsverlusten durch gesteigerte Perspiratio insensibilis angestellt. Die Versuchspersonen erlitten bei angestrengtem Steigen in strahlender Sonne Gewichtseinbußen von mehreren Kilogramm. Dieselben wurden bei gewöhnlicher Kost jeweils am darauffolgenden Tage eingeholt. Bei kochsalzfreier Diät erfolgte die Restitution verlangsamt und nur partiell. Einen Teil des verlorenen Wassers konnte der Organismus erst nach NaCl-Zufuhr wieder ansetzen; bis dahin wurden vermehrte Harnmengen sezerniert. Die Versuche ergaben eine Bestätigung der theoretischen Anschauungen des Vortr. über die drei Phasen des Wasserverlustes beim akuten Gewichtsabfall (Konzentration — Reduktion — Destruktion).

(Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. Von Prof. Dr. **J. Boas.** 6. völlig neu bearbeitete Auflage. Leipzig 1911, Georg Thieme. 679 S.

Von dem wohlbekannten Werk ist eine neue Auflage, bereits die 6., notwendig geworden. — Verfasser hat sich diesmal nicht damit begnügt, die frühere Darstellung durch Einfügung der inzwischen hinzugekommenen Tatsachen zu komplettieren, sondern er hat die beiden Hauptteile des Buches, deren Bearbeitung früher gesondert publiziert worden ist, diesmal gemeinsam veröffentlicht. — Auch im einzelnen sind eingreifende Veränderungen vorgenommen worden. Dies gilt vor allem von der Röntgenuntersuchung des Magens, deren Technik besonders in den letzten Jahren sehr verfeinert worden ist. Auch die Gastroskopie, welche mit Hilfe vervollkommneter Apparate besonders wertvolle Ergebnisse gezeitigt hat, ist einer durchgreifenden Neubearbeitung unterzogen worden. — Aber auch in der Besprechung der einzelnen Krankheitsbilder sind die besonders in den letzten Jahren zahlreich erschienenen Arbeiten in ausgiebigster Weise vom Verf. in der Darstellung verwertet worden. Das Werk zerfällt in einen allgemeinen und speziellen Teil. In dem ersteren werden die allgemeinen Untersuchungsmethoden: Palpation, Perkussion, Auskultation, perkussorische Transsonanz, sowie die optischen Untersuchungsmethoden, sodann die chemische und mikroskopische Untersuchung des Mageninhaltes systematisch besprochen und der Wert der einzelnen Methoden kritisch beleuchtet. Hieran reiht sich eine gründliche und erschöpfende Darstellung der allgemeinen Therapie, Diätetik, Balneotherapie, der physikalischen Heilmethoden, der Magenspülung und ihrer Technik etc. — In dem speziellen Teil werden die einzelnen Krankheitsbilder eingehend beschrieben und ihre Behandlungsmethoden erörtert. — Besonders erwähnenswert sind unter den letzteren die Kapitel über Magenkrebs, sowie über Magenblutungen. Trotz der großen Fülle neuer Tatsachen, welche in der Darstellung sowohl im allgemeinen wie im speziellen Teil Berücksichtigung gefunden haben, ist das Werk weniger umfangreich geworden, was hauptsächlich darauf zurückzuführen ist, daß die in den früheren Auflagen enthaltenen Kapitel über Anatomie und Physiologie des Magens fortgelassen sind. — Auch in seinem neuen Gewande wird das Werk sich zu seinen alten viele neue Freunde erwerben. —n.

Lehrbuch der spezifischen Diagnostik und Therapie der Tuberkulose. Für Aerzte und Studierende von Dr. **Bandelier** und Dr. **Roepke.** 6. erweiterte und verbesserte Auflage. Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag).

Die 6. Auflage dieses in seiner Art einzig dastehenden Werkes enthält neu ein Kapitel über Ohrtuberkulose. — Im übrigen sind die inzwischen neu erschienenen wissenschaftlichen Einzeltatsachen der Fachliteratur in gewohnter sorgfältiger und kritischer Weise berücksichtigt worden. — Dieser kurze Hinweis auf das Werk, das sich längst Bürgerrecht in der medizinischen Literatur erworben hat, möge in Anbetracht der den früheren Auflagen gewidmeten Besprechungen genügen. H. L.

Ueber Caissonkrankheit mit pathologisch-anatomischer Beschreibung eines Falles. Von Dr. **Ernst Stettner** (Nürnberg). Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin, Bd. 11, H. 12. Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 32 S. 0,85 M.

Bei der Caissonkrankheit handelt es sich um eine eigenartige, durch einen ganz bestimmten Symptomenkomplex charakterisierte Erkrankung, welche Caissonarbeiter und Taucher befällt, wenn der Uebergang vom hohen Luftdruck zum gewöhnlichen Atmosphärendruck zu rasch vor sich geht. Verf. gibt in der vorliegenden Arbeit eine kurze zusammenfassende Darstellung der Symptomatologie der Caissonkrankheit auf Grund des ausführlichen Werkes von Heller, Mager und v. Schrötter und der neueren seitdem erschienenen Literatur. Außerdem gibt Verf. einen von Dr. Quadflieg in Bardenberg-Aachen beobachteten tödlich verlaufenen Fall ausführlich wieder. Die Abhandlung sei allen Kollegen empfohlen, welche sich über das Wesen der Caissonkrankheit rasch informieren wollen.

Röteln, Varicellen. Von Priv.-Doz. Dr. **Fr. Hamburger** (Wien). Aus Spezielle Pathologie und Therapie, herausgegeben von weil. Herm Nothnagel. Wien und Leipzig 1911, Verlag Alfred Hölder. Preis 1,20 M.

Gute Darstellung der Röteln und Varicellen, deren Studium, so geringe Beachtung für gewöhnlich diese Erkrankungen finden, dem Praktiker angelegentlich empfohlen sei. Verf. hätte wohl etwas eingehender die Komplikationen der Windpocken berücksichtigen sollen (vergl. Bosse, Eine Wind-

pockenepidemie, Archiv f. Kinderheilkunde, Bd. 51). Alsdann würde er die Prognose der Varicellen kaum als eine „absolut gute" bezeichnet haben. R.

Chirurgisches Vademecum für den praktischen Arzt. Von Prof. Dr. **A. Schönwerth.** Mit 43 Figuren im Text. München 1912, J. F. Lehmann. 167 S.

Das vorliegende Kompendium ist in erster Linie für solche Praktiker bestimmt, welche, ohne gerade Fachchirurgen zu sein, doch häufiger Gelegenheit haben, größere operative Eingriffe machen zu müssen. Deren Gelingen hängt nicht ausschließlich von technischer Fähigkeit ab; in nicht geringem Grade kommt schnelle und sichere Diagnose und Indikationsstellung bezügl. der Versorgung der Kranken in Frage. Auch diese Momente sind seitens des Verf. in dem Kompendium in entsprechender Weise berücksichtigt worden. Trotz des relativ geringen Umfanges des Werkes sind in ihm eine große Menge von wichtigen Tatsachen zusammengetragen worden. Ermöglicht wird dies durch eine komprimierte Darstellung im „Telegrammstil", der gestattet, einen sonst nur durch mehrere Sätze darstellbaren Vorgang durch ein einziges Wort zu ersetzen, ohne daß dadurch die Klarheit der Darstellung getrübt wird. Das Werk gliedert sich in einen allgemeinen und speziellen Teil. Im ersteren wird die Improvisation des Operationsraumes, Desinfektion, Narkose etc. sowie die Einzelheit der allgemeinen Wundbehandlung, ferner Behandlung von Erfrierungen, Blutungen, Verbrennungen, Sepsis etc. dargestellt. In dem speziellen Teil werden die wichtigsten für den Praktiker in Frage kommenden Operationen, besonders bei Unglücksfällen und akuten Entzündungen, Notoperationen, nach den einzelnen Körperregionen geordnet, abgehandelt. — Der Zweck wird besonders durch halbschematisch gehaltene Bilder gefördert. Alles in allem scheint dem Referenten das Ziel, welches sich der Verf. gestellt hat, durchaus erreicht zu sein. Referent kann nicht umhin, besonders den in der Landpraxis tätigen Kollegen die Anschaffung des Kompendiums aufs dringendste anzuraten, das vermöge seines handlichen Formats bequem bei der Ausübung der Praxis mitgeführt werden kann. —n.

Augenpraxis für Nichtspezialisten. Von Dr. med. **R. Birkhäuser,** Augenarzt in Basel. Mit 32 Figuren im Text und auf 4 Tafeln. Berlin 1911, Verlag von Julius Springer. 189 S. 4 M.

Das vorliegende Buch soll solchen Allgemeinpraktikern, welche in die Lage kommen, Augenkranke zu behandeln, ohne einen Spezialisten heranziehen zu können, ein Ratgeber sein, indem es zeigt, wie er im Einzelfalle zu untersuchen hat, um zur richtigen Diagnose zu gelangen, wie er in einfachen Fällen selbst behandelt und wie er bei ernsteren Leiden die erste Hilfe gibt, bevor er den Patienten einem Augenarzt überweist. Das Buch kann und soll also nicht etwa ein Lehrbuch der Augenheilkunde ersetzen, es stellt vielmehr eine Ergänzung der gebräuchlichen Lehrbücher dar, indem es die dem Allgemeinarzt zugänglichen Teile der Augenheilkunde aussondert und, soweit die Therapie in Betracht kommt, ausführlicher behandelt, im übrigen sich aber mit kurzen Hinweisen begnügt. Der Verf. hat diese seine Aufgabe trefflich gelöst, der Stoff ist in richtiger Weise abgegrenzt und in klarer, ohne spezialistische Vorkenntnisse verständlicher Darstellung behandelt. Daher kann das Buch, dem die Verlagsbuchhandlung auch eine ansprechende äußere Ausstattung gegeben hat, für seinen Zweck durchaus empfohlen werden.

Leseproben für die Nähe aus der Universitäts-Augenklinik Bern. Bearbeitet von Dr. med. **Rudolf Birkhäuser,** Augenarzt in Basel, gew. 1. Assistenzarzt der Klinik. Berlin 1911, Verlag von Julius Springer. Geb. 4,80 M.

Die gewöhnlichen Sehproben für die Nähe (Jäger, Snellen, Nieden) genügen in ihrer üblichen Ausführungsart nicht den Anforderungen, die man an wirklich exakte Sehproben stellen muß. Deshalb hat der Verf. neue Sehproben herausgegeben, bei deren Herstellung der Gesichtspunkt der größten Genauigkeit maßgebend war. Dementsprechend sind die sämtlichen Sehproben durch photographische Verkleinerung einer bestimmten Schriftgröße gewonnen. Die Leseproben sind in vier Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch) abgefaßt. R. L.

Die Arzneimittel der heutigen Medizin. Von Dr. **Otto Dornblüth.** Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 502 S.

Das den Kollegen seit langem bekannte Nachschlagebuch ist in üblicher Anordnung auch diesmal, bereichert durch die inzwischen neu eingeführten Arzneimittel und in allen seinen Abschnitten wesentlich erweitert, erschienen. Es gewährt dem Praktiker eine schnelle und sichere Orientierung über das große Heer auch der modernen Arzneistoffe und enthält kurze praktische Winke über die medikamentöse Behandlung der einzelnen Krankheitsgruppen. H. L.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dem Direktor des Physiologischen Instituts Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. Rubner hat die medizinische Fakultät der Universität Würzburg die große goldene **Rinecker-Medaille** für hervorragende Leistungen verliehen.

— Der neue Austauschprofessor Prof. Dr. Theobald Smith von der Harvard-Universität in Cambridge, Mass., hat am 8. Januar im Hygienischen Institut der Berliner Universität seine Vorlesungen begonnen. Er spricht allwöchentlich Montags von 5—7 Uhr in Vorträgen, die für Studierende aller Fakultäten bestimmt sind, über Parasitismus und Krankheit.

Halle a. S. Der Privatdozent der Ohrenheilkunde Stabsarzt Prof. Dr. Isemer legt mit dem Ende des Semesters seine Dozentur nieder.

Hannover. Der bisherige Oberarzt der chirurgischen Universitätsklinik in Rostock Privatdozent Dr. Becker hat die Leitung des hiesigen Kinderkrankenhauses übernommen.

Münster i. W. Dem als Spezialarzt für Chirurgie tätigen Bataillonsarzt Stabsarzt Dr. Rammstedt ist das Prädikat Professor beigelegt worden.

Bonn. Der Ordinarius der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universität Gießen Prof. Dr. O. v. Franqué hat einen Ruf als Nachfolger des in den Ruhestand getretenen Geheimrats Fritsch erhalten und angenommen.

Dresden. Der dirigierende Arzt des städtischen Säuglingsheims Dr. Rietschel und der Spezialarzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. Galewsky wurden zu Professoren ernannt.

— Der dirigierende Arzt der chirurgischen Abteilung der Diakonissenanstalt Geh. Medizinalrat Dr. Rupprecht ist nach 30 jähriger Tätigkeit aus Gesundheitsrücksichten zurückgetreten. Zu seinem Nachfolger wurde sein bisheriger Stellvertreter Dr. Paul Müller ernannt.

München. Der frühere Vertreter der Geburtshilfe und Gynäkologie an der hiesigen Universität Geheimrat Prof. Dr. Franz v. Winckel ist gestorben. Als Sohn des seinerzeit als Kaiserschnittoperateur berühmten Kreisarztes und späteren Geh. Sanitätsrates Dr. Ludwig Winckel in Berleburg im Jahre 1837 geboren, genoß Franz Winckel wie bereits sein Vater seine medizinische Ausbildung als Zögling des Friedrich-Wilhelm-Instituts (der jetzigen Kaiser-Wilhelm-Akademie) in Berlin. Nachdem er 1861 die ärztliche Approbation erworben hatte, wurde er Assistent des älteren Martin in der geburtshilflichen Abteilung der Charité. Bereits nach drei Jahren, erst 27 Jahre alt, wurde er als ordentlicher Professor der Geburtshilfe und gerichtlichen Medizin an die Universität Rostock berufen. Von dort folgte Winckel 1872 einem Rufe nach Dresden als Leiter der altberühmten Hebammenlehranstalt, um endlich 1883 nach München in seinen letzten Wirkungskreis überzusiedeln, in welchem er bis 1907 verblieb. Seit vier Jahren lebte er im Ruhestande, nachdem es ihm während seiner langen Wirksamkeit an wohlverdienten Ehrungen nicht gefehlt hatte. Neben seiner praktischen und seiner Lehrtätigkeit hat der Dahingeschiedene eine umfassende publizistische Tätigkeit auf seinem Fachgebiete entfaltet; wir nennen: „Ueber Pathologie und Therapie des Wochenbettes" (Berlin 1866), „Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase" (in Billroths Handbuch der Frauenkrankheiten 1877), „Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane in Lichtdruckabbildungen" (Leipzig 1878—1881), „Lehrbuch der Frauenkrankheiten" (Leipzig 1886) und „Lehrbuch der Geburtshilfe" (1893). Ferner ist zu erwähnen die Herausgabe des groß angelegten „Handbuchs der Geburtshilfe" (1893), in dem W. selbst eine Anzahl wichtiger Kapitel bearbeitet hat. Daß Winckel die Ergebnisse seiner Fachdisziplin auch für wissenschaftlich nicht vorgebildete Kreise faßlich darzustellen verstand, bewies er durch seine mehrfach aufgelegte Bearbeitung von v. Ammons „Die ersten Mutterpflichten" und durch sein „Lehrbuch der Hebammenkunst" (zusammen mit Credé, Leipzig 1875). Um die Organisation wissenschaftlicher Bestrebungen machte sich v. Winckel als Mitgründer der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und durch seine Mitwirkung als Herausgeber der bekannten „Klinischen Vorträge" verdient. Mit Franz v. Winckel hat Deutschland unstreitig einen seiner hervorragendsten Gynäkologen verloren; sein Name wird dauernd in den Annalen der geburtshilflich-gynäkologischen Wissenschaft weiterleben.

— Dem bisherigen wissenschaftlichen Hilfsarbeiter am hygienischen Institut der hiesigen Universität Dr. Rullmann (jetzt in Darmstadt) ist das Prädikat Professor verliehen worden.

Erlangen. Dem Privatdozenten der Zahnheilkunde in Erlangen Dr. Hermann Euler ist für die Dauer seiner

Wirksamkeit als Dozent im bayerischen Hochschuldienste der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors verliehen worden.

Karlsruhe. Dem Privatdozenten der Psychologie an der hiesigen Technischen Hochschule Nervenarzt Dr. med. et phil. Willy Hellpach, Redakteur der „Aerztl. Mitteilungen", des offiziellen Organs des Leipziger Verbandes, ist der Titel „außerordentlicher Professor" verliehen worden.

Freiburg i. B. Der hervorragende Zoologe Wirkl. Geh.-Rat Prof. Dr. med. et phil. August Weismann tritt mit dem Schlusse des Wintersemesters von seiner Lehrstellung zurück.

Straßburg. Die Privatdozenten Dr. Bartels (Augenheilkunde) und Dr. Schickele (Gynäkologie) haben den Professortitel erhalten.

— Geh. Med.-Rat Dr. J. Höffel (Buchsweiler), langjähriges freikonservatives Mitglied des Reichstags, ist zum Mitglied der neugeschaffenen Ersten Kammer für Elsaß-Lothringen ernannt worden.

Lemberg. Der Professor der Pathologie Dr. Edmund Biernacki ist gestorben.

— Der Extraordinarius für Psychiatrie und Neurologie Prof. Dr. Heinrich v. Halban ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

Krakau. Der außerordentliche Professor der Psychiatrie und Neurologie Dr. Johann Piltz ist zum ordentlichen Professor befördert worden.

Basel. Dr. Paul Preiswerk hat sich für Zahnheilkunde habilitiert.

London. Dr. Eleanor Davies-Colley ist als erste Frau zum Mitglied des Royal College of Surgeons gewählt worden.

Christiania. Frau Dr. Marie Kjölseth hat als erste Frau für eine pathologisch-anatomische Arbeit von der Universität die goldene Medaille erhalten.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Dresden. Hier ist eine **Vereinigung der Dermatologen und Urologen** Dresdens unter Vorsitz von Prof. Dr. Werther gegründet worden.

Rom. Der im September 1911 wegen der in Italien herrschenden Cholera vertagte **7. Internationale Dermatologen-Kongreß** findet vom 8. bis 13. April 1912 unmittelbar vor dem Internationalen Tuberkulosekongreß statt. Die italienischen Bahnen gewähren den Teilnehmern Ermäßigung. Anmeldungen zu Vorträgen nimmt der Sekretär für Deutschland Herr Sanitätsrat Dr. O. Rosenthal, Berlin W. 35, Potsdamerstraße 121 g, bis zum 20. Januar entgegen.

Verschiedenes.

Berlin. Die städtische Schuldeputation hat dem geschäftsführenden Komitee des Internationalen Laryngologenkongresses gestattet, eine Nasenuntersuchung bei sämtlichen Gemeindeschülern und -schülerinnen zwecks Studiums der Frühstadien der **Ozaena** vorzunehmen. Voraussetzung ist die Einwilligung der Eltern und das Unterbleiben von Störungen des Schulbetriebes.

— In der Woche zwischen Weihnachten und Neujahr ist in dem in der Froebelstraße gelegenen städtischen Asyl für Obdachlose eine größere Zahl von **Vergiftungen** vorgekommen, deren Ursprung zunächst ganz rätselhaft war. Die zuerst geäußerte Vermutung, daß es sich um Fälle von Botulismus, hervorgerufen durch den Genuß verdorbener Bücklinge, handele, erwies sich bald als irrig, dagegen scheint jetzt mit großer Wahrscheinlichkeit nachgewiesen zu sein, daß die Massenvergiftung durch einen zu 2 Dritteln mit Methylalkohol verfälschten Schnaps hervorgerufen wurde. Von insgesamt 150 Erkrankten sind ca. 70 gestorben. — Wie erinnerlich, ist erst im Vorjahre der Zusatz von Methylalkohol zu spirituösen Getränken durch eine Ministerialverfügung streng verboten worden.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen von Medizinalbeamten.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Gumbinnen (Remuneration 2000 M. jährlich). (Veröffentlicht am 3. Januar.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Roux in Halle.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Prof. Dr. Schwalbe in Straßburg, Reg.- und Med.-Rat Dr. Müller-Herrings in Colmar, Reg.- und Med.-Rat Dr. Dütschke in Stettin, Reg.- und Med.-Rat Dr. Rockwitz in Cassel.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: San.-Rat Dr. Höpker in Bünde.

Charakter als Sanitätsrat: Dr. Fix in Bünde, Gemeindearzt Dr. Jaeger in Straßburg i. E., Kantonalarzt Dr. Schüler in Maizières, Kantonalarzt Dr. Wycisk in Niedersept.

Prädikat Professor: Privatdozenten Dr. Hofbauer, Dr. Draudt, Dr. Haecker und Dr. Ehrhardt in Königsberg, Dr. Coenen in Breslau, Dr. Grube und Dr. Hübner in Bonn, Dr. Kochmann in Greifswald, Dr. Rosenthal in Göttingen; Dr. Biesalski und Dr. Herzfeld in Berlin.

Versetzt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Uhthoff von Breslau nach Berlin.

Niedergelassen: Aschkenasi in Laukischken, Schürmann in Carlshof, Skodlerak in Königsberg, Dr. Fröhlich in Tegel, Dr. Dreibholz in Perleberg, Rothe in Brandenburg, Dr. Virus in Birnbaum, Bukolt und Dr. Kache in Breslau, Dr. Ohrloff in Eckersdorf, Dr. Kothe in Mühlhausen i. Th., Dr. Landtau in Süderbarup, Dr. Peters in Altona, Dr. H. Müller in Trier, Warnke in Allenstein, Schönfelder in Schkeuditz, Dr. Brinck in Halle a. S., Dr. Wienhues in Legden, Genten in Bütgenbach, Dr. Winkler in Heinsberg.

Gestorben: Dr. Krause in Sülzhayn, Dr. Esch in Cöln.

Bayern.

Ernannt: Dr. Geiger in Hemau, Bez.-Amt Parsberg, zum Bezirksarzt in Eschenbach, Dr. Zeitlmann in München zum Bezirksarzt in Stadtsteinach und Dr. Buck in Freising zum Bezirksarzt in Forchheim.

Versetzt: Bezirksärzte Dr. Maar von Hammelburg nach Bad Kissingen und Dr. Grassl von Lindau nach Kempten.

Niedergelassen: Arnold in Heideck, B.-A. Hilpoltstein, Stabsarzt Dr. Herrmann in Würzburg, Dr. Dietzfelbinger in Nürnberg.

Gestorben: Generalarzt a. D. Dr. Paur in München, Dr. Gareis, Assistent an der der Königlichen bakteriologischen Untersuchungsanstalt in München.

Württemberg.

Auszeichnung: Ehrenkreuz des Ordens der Württembergischen Krone: Generalarzt a. D. Dr. Seeger in Ludwigsburg.

Gestorben: Dr. Leube in Langenau.

Baden.

Niedergelassen: Dr. Foss in Freiburg, Dr. Katzenstein in Karlsruhe, Dr. Schütz in Mannheim.

Verzogen: Dr. Alberti, Dr. Weingärtner, Dr. J. Mayer, Dr. Tiefental, Dr. Krüll, Dr. Kehrer, Dr. Haymann, Dr. A. Winter, Dr. Lück und Dr. Ruge von Heidelberg; Priv.-Doz. Dr. Marx von Heidelberg nach Freiburg, Dr. Selss von Karlsruhe nach Baden, Dr. Karillon und Oberstabsarzt Dr. H Winter von Konstanz; von St. Blasien: Dr. Allendorf nach Gießen, Dr. Bröcking nach Italien, Dr. Schieffer nach Aegypten, Dr. Hermanns nach München, Dr. Vorbrugg nach Görbersdorf i. Schl., Uhlmann nach Mannheim: Dr. Stehr von Schluchsee und Dr. Hülsemann von Todtmoos nach Wiesbaden.

Gestorben: Med.-Rat Waidele in Stockach.

Schwarzburg-Sondershausen.

Niedergelassen: Dr. Voss in Arnstadt.

(Ende des redaktionellen Teils.)

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13. Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang — Berlin, 20. Januar 1912 — No. 3

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

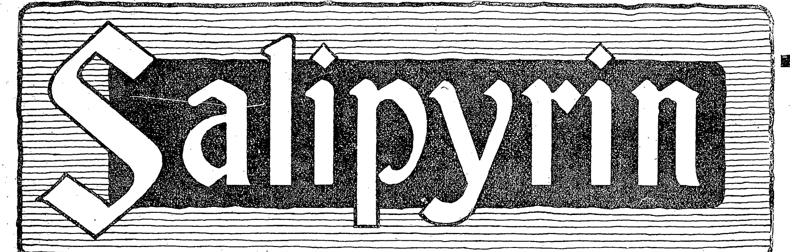
REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.














Kraft u Appetit
aus
Fleisch, Chinarinde,
Kalk-Lactophosphat
erzeugt
Vial's tonischer Wein
L. & H. VIAL & UHLMANN. FRANKFURT a. M.





81. Jahrgang **Berlin, 20. Januar 1912** **No. 3**

Erscneint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Verwendung des Adalins in der inneren Praxis.

Von

Dr. **Bruno Haake** (Berlin).

Das neue Nervenberuhigungsmittel „Adalin" ist bereits von vielen Seiten einer eingehenden Kritik unterworfen worden. Alle Prüfer sind darin einig, daß es sich um ein harmloses Sedativum handelt, das selbst in großen Dosen ohne die geringsten Nebenerscheinungen ist und selbst in der Kinderpraxis Anwendung finden kann. — Obwohl Adalin seiner chemischen Zusammensetzung nach dem Veronal ziemlich nahesteht, so hat es doch nicht diese intensive und in vielen Fällen protrahierte Wirkung des Veronals und dessen Salze. Es ist daher leicht zu verstehen, daß ein mild wirkendes, in größeren Dosen schlaferzeugendes Nervenberuhigungsmittel von den Nervenärzten und Internisten mit Freude begrüßt wurde und daß es schon heute zum wertvollen Rüstzeug in der Praxis gehört. — Dies veranlaßte auch mich, dem Präparat ein größeres Interesse entgegenzubringen und möchte ich heute, nach Jahresfrist, über Erfahrungen berichten, die ich in ca. 80 Fällen in der Poliklinik und Privatpraxis zu beobachten Gelegenheit hatte. Es kamen hauptsächlich Fälle zur Beobachtung und Behandlung, bei denen infolge einer Herzneurose und allgemeiner Neurasthenie Herzkrämpfe und schwere Angstzustände auftraten, die eine Schlaflosigkeit im Gefolge hatten. In allen diesen Fällen gelang es durch Adalingaben von 2—3 Tabletten täglich die schweren subjektiven Beschwerden der Patienten zu beheben, einen guten physiologischen Schlaf ohne jegliche Nachwirkung zu erzielen und auch objektiv eine Herabsetzung der Herzfrequenz von durchschnittlich 120—140 Schlägen auf 80—90 Pulsschläge in der Minute herbeizuführen.

Außer diesen Fällen kamen noch zahlreiche andere zur Behandlung, bei denen die Tachykardie durch einen Morbus Basedowii hervorgerufen wurde. Auch bei diesen Patienten gingen die starken nervösen Beschwerden schon nach einigen Tagen bei Darreichung von zwei Tabletten täglich zurück, der allgemeine Kräftezustand hob sich und die Patienten fühlten sich bedeutend ruhiger.

Charakteristisch ist der Fall eines 24 jährigen Krankenwärters, der infolge eines akuten, vor mehreren Monaten aufgetretenen Basedow an starken nervösen Beschwerden litt und innerhalb von 4 Wochen 11 kg an Körpergewicht verloren hatte. Infolge der nervösen Beschwerden stellte sich hartnäckige Schlaflosigkeit ein und mußte der Patient daher seine Stellung als Krankenwärter im Krankenhaus aufgeben. Er erhielt die übliche therapeutische Dosis von 1 g Adalin als Schlafmittel und ist heute soweit wieder hergestellt, daß er ohne jedes Mittel gut schlafen kann und bei leichter diätetischer Behandlung sein altes Körpergewicht wieder erreicht hat.

Ein weiteres Indikationsgebiet für die Anwendung des Adalins sind jene in jüngeren Jahren auftretenden Fälle von Bronchialasthma, die auf nervöser Basis beruhen. Es gelingt in den meisten Fällen durch Darreichung von 3 mal täglich einer Tablette Adalin im Beginn des Anfalls, diesen zu coupieren resp. ihn abzuschwächen.

Erwähnen möchte ich noch den Fall einer Dame, die schon seit ca. 10 Jahren an asthmatischen Anfällen, die auf dieser Basis beruhen, litt. Sie hatte in letzter Zeit sehr mit Schlaflosigkeit zu kämpfen und war dadurch so an den Gebrauch eines Hypnoticums (Medinal) gewöhnt, daß eine Dosis von 0,5 g nicht mehr ausreichte und sie zu Dosen von 1 g greifen mußte. Ich ließ nun längere Zeit 3 mal täglich 1 Tablette Adalin nehmen und erreichte damit eine allgemeine Beruhigung ihres Nervensystems, so daß die Anfälle, die früher all 2—4 Wochen auftraten, jetzt seit September 1911 ganz ausgeblieben sind. Die Patientin ist heute

soweit wiederhergestellt, daß sie nur gelegentlich bei auftretender Schlaflosigkeit 2 Tabletten Adalin abends nimmt.

Unter den 80 Fällen, die ich mit Adalin behandelt habe, befinden sich ferner zahlreiche Patienten, die infolge von Ueberarbeitung und allgemeiner Nervenschwäche keinen Schlaf finden können; hier zeigt sich besonders die einschläfernde Wirkung des Adalins. Schon nach Darreichung von 2 Tabletten ca. ½ Stunde vor dem Schlafengehen verfielen die Patienten in einen traumlosen, ruhigen Schlaf, der im allgemeinen nicht länger als 5—7 Stunden andauerte. Bemerkenswert war dabei, daß die Patienten am anderen Tage sich wieder außerordentlich frisch fühlten und niemals über Schwere und Müdigkeit klagten, wie es nach Darreichung der bekannten Hypnotica im allgemeinen der Fall zu sein pflegt. Die Anwendung als Einschläferungsmittel ist daher gerade bei solchen Patienten angezeigt, die ihrem Berufe mit allen Kräften nachgehen müssen.

Bei schweren Fällen von motorischen Erregungszuständen und Melancholie konnte ich nur zeitweise Besserung erzielen; jedoch sind immerhin Fälle darunter, die bei ständiger Darreichung von Adalin zum Schwinden gebracht wurden.

Seiner Harmlosigkeit wegen läßt sich das Präparat auch in der Kinderpraxis verwenden und kann auch dort ohne Gefahr in größeren Dosen verabreicht werden. (Kobrak: Medizin. Klinik, 1911, No. 43.) Die Beobachtungen, die ich in der Kinderpraxis gemacht habe, bezogen sich auf Krampfzustände, die z. B. nach englischer Krankheit oder infolge von Blutarmut auftraten. Ich gab hier 3 mal täglich 0,25 g Adalin und erreichte schon nach kurzer Zeit ein Ausbleiben der Anfälle.

Hierfür charakteristisch ist folgende Beobachtung: Es handelt sich um einen jetzt 16 jährigen Knaben, der von Kindheit an an Krämpfen litt. Während der Schulzeit blieben diese aus und traten erst wieder vor 1½ Jahren und nun regelmäßig in Zwischenräumen von 14 Tagen auf. Nach Adalingebrauch in Dosen von 3 mal täglich 0,25 g wurde nur noch einmal ein leichter Anfall beobachtet; seit Ende Juni 1911 ist jedoch kein neuer Anfall wieder aufgetreten.

Ohne Frage ist Adalin ein Präparat, auf das der Nervenarzt und Internist sich verlassen kann. Es zeichnet sich durch prompte sedative Wirkung aus bei einer Darreichung von 0,5 g; wünscht man eine hypnogene Wirkung, so muß man die Dosis auf 1 g = 2 Tabletten erhöhen. Empfehlenswert ist es, das Mittel unter Nachtrinken von warmer Flüssigkeit (leichten Tee) zu nehmen, um eine schnellere Resorption zu erzielen.

II. Referate.

Allgemeine Pathologie.

Prof. **Rolly** (Leipzig): **Ueber Entstehung, Wesen und Bedeutung des Fiebers.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 46 und 47.)

Verf. gibt eine Darstellung der Anschauungen, zu denen er auf Grund seiner fortgesetzten experimentellen Untersuchungen über das Wesen des Fiebers gelangt ist. Zunächst sind die neurogenen von den infektiösen Hyperthermien grundsätzlich zu trennen, da bei den letzteren eine beträchtliche Mehrumsetzung von Körpereiweiß durch die infektiöse Ursache selbst hervorgerufen wird und die Steigerung der N-Ausscheidung bei den ersteren erst sekundär durch die erhöhte Temperatur bedingt ist. Auch ist es möglich, bei glykogenfreien Tieren durch eine Infektion eine Temperatursteigerung zu erreichen, was durch Applikation des Wärmestichs bei ihnen nicht gelingt. Neben einer Mehrumsetzung von Eiweißsubstanzen findet im infektiösen Fieber stets auch eine solche von Kohlehydraten — Glykogen — im Organismus statt. Auch scheint das Fett nach neueren Untersuchungen an dem Mehrumsatz in den meisten Fällen beteiligt zu sein. Ein bestimmtes lokales Zentrum für die Wärmeregulation scheint nicht zu existieren, das Nervensystem in toto sorgt für eine gleichmäßige Körpertemperatur. Durch den Wärmestich werden wahrscheinlich die nervösen Zentren gereizt, es tritt eine Erhöhung der Wärmeproduktion ein, welche aber nur bei Anwesenheit von Glykogen erfolgen kann. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei der durch subkutane oder intravenöse Injektion von physiologischer Kochsalzlösung hervorgerufenen Hyperthermie. Es scheint hierbei das Natrium die wärmeregulierenden Centra zu erregen; die Temperaturerhöhung nach Injektion von physiologischer Kochsalzlösung tritt ganz besonders bei solchen Patienten ein, welche an einer Erkrankung des Zentralnervensystems (z. B. progressiver Paralyse) leiden. — Wenn durch Bakterieninjektion bei Tieren Fieber erzeugt wird, so können verschiedene Momente bei der Entstehung der fieberhaften Temperatur mitwirken. Es kann 1. das eingespritzte Bakterieneiweiß direkt durch Reizung der wärmeregulierenden Centren eine Temperaturerhöhung verursachen. 2. Es kann dasselbe Eiweiß resp. seine Abbauprodukte das Körpereiweiß schädigen, welch' letzteres seinerseits wieder durch Reizung des Wärmezentrums eine Temperatursteigerung evtl. hervorbringt. 3. Es kann jedem einzelnen Bakterium noch ein spezifisches Einwirkungsvermögen sowohl auf das Körpereiweiß als auch auf das Wärmeregulationszentrum zukommen. Vielleicht spielt außerdem bei dem Zustandekommen der Fiebertemperatur noch der Zustand der Anaphylaxie oder Allergie eine Rolle. Nach experimentellen Untersuchungen des Verfassers hat eine erhöhte Körpertemperatur unter 40 ° gewisse günstige Wirkungen im Kampfe mit den Bakterien; steigt aber die Temperatur auf 40 °, so hört die günstige Wirkung auf, es tritt eine Abnahme der vitalen Leukocytentätigkeit, starker Eiweißzerfall im Körper etc. ein. Für die Praxis folgt daraus, daß man bei Infektionskrankheiten eine etwaige Temperaturerhöhung nur dann künstlich herabzusetzen braucht, wenn sie über 39,5 ° beträgt; im übrigen wird stets die Infektion resp. die Krankheit selbst oder die Symptome derselben, und nicht die Temperaturerhöhung künstlich zu beeinflussen sein. R. L.

Privatdozent Dr. med. **Carl Stäubli** (Basel-St. Moritz): **Vergleichende Temperaturmessungen.** (Korrespondenzbl. für Schweizer Aerzte, 1911, No. 32.)

Verf. scheint die Thermometrie, wie sie heute vielfach geübt wird, einer kritischen Diskussion bedürftig. An Stelle der früher üblichen Messung in axilla ist vielfach die Mund-, in neuerer Zeit, auch beim Erwachsenen, die Rektalmessung getreten. Man ging hierbei von der Ueberlegung aus, daß das Rektum als die im Vergleich zu den anderen Messungsarten best abgeschlossene Höhle uns am raschesten und genauesten Aufschluß über die wirkliche Bluttemperatur zu geben vermag. Bei den meisten Menschen ist das Verhältnis der in Achselhöhle, Mund und Rektum gemessenen Temperatur derart, daß in der Axilla die niederste, im Rektum die höchste Temperatur gefunden wird, wobei für gewöhnlich angenommen wird, daß die Mundhöhlentemperatur etwa 2—3 Zehntelgrade, die Rektaltemperatur ungefähr ½ Grad höher als die Armtemperatur sei. Es kommen aber auch Ausnahmen in der Reihenfolge der verschiedenen Körperhöhlen bezüglich der Höhe ihrer Temperaturen vor und vor allen Dingen ist die Differenz zwischen den verschiedenen Messungsarten individuell außerordentlich verschieden. So sah Verf. bei einem Knaben bei Bettruhe konstant fast die gleiche Temperatur im Rektum und in der Achselhöhle; bei einem anderen Patienten war die Differenz der beiden Temperaturen stets über 1,2 °. In vorliegender Arbeit weist Verf. auf die interessante und praktisch wichtige Tatsache hin, daß bei einem und demselben Individuum außerordentlich starke und z. T. gesetzmäßige Schwankungen in der Differenz der an den verschiedenen Körperstellen gemessenen Temperaturen vorkommen. Seine Beobachtungen führen zu folgendem Resultat: Rektalmessungen sind nur dann ohne weiteres diagnostisch zu verwerten, wenn sie bei absoluter (Bett-)Ruhe des Organismus vorgenommen werden. Unter solchen Verhältnissen pflegt die Rektaltemperatur mit der Mund- und der Achselhöhlentemperatur ungefähr parallel zu gehen. Nach körperlicher Bewegung kommt es normalerweise schon zu einer einseitigen Erhöhung der Rektaltemperatur. In gewissen Fällen kann hierbei die Rektaltemperatur bis 38,3 ° erreichen, ohne daß gleichzeitig Achselhöhlen- und Mundtemperatur über 37 ° ansteigen. Um für solche Fälle zu entscheiden, ob wir es mit einer wirklichen fieberhaften, oder mehr lokal bedingten Temperaturerhöhung zu tun haben, erscheinen vergleichende Mund- und Achselhöhlenmessungen (dabei ist aber zu beachten, daß Momente, die eine lokale Herabsetzung der Temperatur in Mund- resp. Achselhöhle bedingen können, wie Atmung durch den Mund und Schwitzen, unbedingt vermieden werden müssen) unter allen Umständen erforderlich. Aus einer auffallenden Erhöhung der Rektaltemperatur allein nach körperlicher Bewegung dürfen wir nicht ohne weiteres auf eine fieberhafte Erhöhung der allgemeinen Bluttemperatur schließen.

A priori erscheint es wahrscheinlich, daß das aus den unteren Extremitäten ins Abdomen zurückströmende Blut beim Gehen etwas höher temperiert ist, weil ja bei der Muskeltätigkeit ein großer Teil der aufgewendeten Energie in Wärme umgesetzt wird. Ferner werden die tätigen Muskeln mehr mit Blut versorgt. Durch die erhöhte Blutzirkulation in gewissen Gefäßen des kleinen Beckens kann also wohl eine Temperaturerhöhung auf das Rektum übertragen werden. Diese beiden Momente würden auch die beobachtete Temperatursteigerung

in der Inguinalbeuge erklären. Inwieweit mechanische Reibung beim Gehen mit eine Rolle spielt, bleibt dahingestellt. Um eine allgemeine Erhöhung der Bluttemperatur kann es sich nicht handeln, sonst müßten auch Mund- und Achselhöhlentemperatur deutlichere Ausschläge zeigen. Es können diese Temperaturen infolge des Gehens sogar etwas sinken, was wohl auf eine reflektorische Verengerung der betreffenden Stromgebiete zurückzuführen ist. Daß diese Beobachtungen etwa durch Schweißbildung oder Mundatmung, welche erniedrigend auf die betreffenden Temperaturen wirken können, verursacht sind, ist auszuschließen, da speziell auf die Vermeidung solcher fehlerbringenden Momente geachtet wurde; auch wurden die betreffenden Temperaturen nicht während des Gehens, sondern nach Rückkehr im Zimmer gemessen. Es erscheint Verf. am wahrscheinlichsten, daß die einseitige Steigerung der Rektaltemperatur vorwiegend auf eine Veränderung der Blutzirkulation zurückzuführen ist. Kr.

Innere Medizin.

Ernst Erlenmeyer: Blei- und Eisenbilanz bei experimenteller chronischer Bleivergiftung. (Inaugural-Dissertation, Freiburg i. Br. 1911.)

Chronische Vergiftung. Die zur chronischen Vergiftung führenden Bleiverbindungen sind in Wasser schwer löslich. Ist die täglich zugeführte Bleimenge kleiner als die maximal vom Organismus resorbierbare Menge, so entscheidet die Differenz zwischen resorbierbarer und ausgeschiedener Menge, i. e. retinierte Bleimenge, bezw. die im Organismus vorhandene Bleikonzentration, die Dauer der Ueberlebungszeit. Ist die täglich zugeführte Bleimenge größer als die maximal vom Organismus resorbierbare Menge, so scheint die pro Tag resorbierte Menge die maximale und die pro Tag retinierte Menge sowie die Ueberlebungszeit konstant zu sein. Die tödliche Konzentration ist in beiden Fällen die gleiche.

Akute Vergiftung. Die zur akuten Vergiftung führenden Bleiverbindungen sind in Wasser leicht löslich. Bei der akuten Bleivergiftung wachsen die Ueberlebungszeiten bei intravenöser, subkutaner und stomachaler Zufuhr umgekehrt wie die Bleimengen bis zu einem gewissen Grenzwert, der durch die Dosis letalis minima gegeben ist. Die tödliche Konzentration, die mit dieser Dosis erzielt wird, ist geringer als die bei chronischer Vergiftung.

Die bei akuter Bleivergiftung auf den Organismus wirkende Bleieiweißverbindung scheint giftiger zu sein, als die bei chronischer Vergiftung wirkende. Eine Erklärung hierfür könnte in dem chemisch-physikalischen Verhalten dieser Albuminate zu suchen sein.

Da der Gedanke nahe lag, daß die Vergiftung mit einem Schwermetall auf die Verteilung und die Mengenverhältnisse des physiologischen Schwermetalles, des Eisens, einwirken könnte, wurden in den Organen der untersuchten Tiere neben den Blei- auch Eisenbestimmungen gemacht. Straub hatte bei einigen orientierenden Vorversuchen an Tieren mit chronischer Bleivergiftung große Eisenwerte in den Ausscheidungen der Tiere zu finden geglaubt. Da zu erwägen war, es möchten zwischen dem Blei und dem Eisen vielleicht gegenseitige Verdrängungen vorkommen, etwa wie zwischen Chlor, Brom und Jod oder zwischen Kalium und Natrium, machte Verf. bei fast allen Analysen neben den Blei- auch Eisenbestimmungen. Sie zeigen, daß solche Beziehungen zwischen Blei und Eisen nicht bestehen. F.

Werner Kümmel (Heidelberg): **Ueber schwere Komplikationen bei der Bronchoskopie und Oesophagoskopie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Verf. berichtet über einige Fälle, welche beweisen, daß die Bronchoskopie und Oesophagoskopie, so segensreich sie im allgemeinen wirken, doch auch unter Umständen gefährlich werden können. Was die Bronchoskopie anlangt, so treten gefährliche Zustände darnach fast nur bei Kindern auf. Verf. teilt vier Fälle mit; es handelt sich um Kinder im Alter von 4½, 9 und 12 Jahren, bei denen nach der Bronchoskopie lebensgefährliche Dyspnoe auftrat, welche die Tracheotomie nötig machte. Den vier Fällen war gemeinsam, daß entweder schon vor der bronchoskopischen Untersuchung eine subglottische Schwellung bestanden hatte, die nach der Bronchoskopie rapide zunahm, oder daß diese erst unmittelbar nachher eintrat. Verf. ist der Ansicht, daß man derartige gefährliche Folgezustände nur dadurch sicher vermeiden kann, daß man, besonders bei Kindern unter 5—6 Jahren, wenn die Bronchoskopie nötig ist, die tiefe, nach vorhergehender Tracheotomie, macht. Nur wenn keine besonderen Schwierigkeiten zu erwarten sind, und wenn die Patienten in der Klinik so sorgfältig überwacht werden können, daß auch noch nach Stunden im Notfall die Tracheotomie sofort vorgenommen werden kann, darf man nach Verf. auch bei kleineren Kindern die obere Bronchoskopie riskieren. In allen Fällen, in denen eine subglottische Schwellung von vornherein nachgewiesen werden kann, darf die Bronchoskopie nur nach vorgängiger Tracheotomie ausgeführt werden. — Ganz anderer Art sind die Gefahren, die bei der Oesophagoskopie eintreten können. Es handelt sich um die Möglichkeit der Oesophagus- oder wohl häufiger Pharynxperforation. Die Gefahr, welche die Oesophagoskopie in dieser Richtung bedingt, besteht in gleichem Maße schon bei der einfachen Sondierung. Wenn man mit der Sonde oder dem mit Mandrin versehenen Oesophagusrohr auf ein Hindernis stößt und es noch so vorsichtig zu überwinden sucht, kann es bei pathologischen Zuständen passieren, daß die Oesophaguswand durchstoßen wird. Die Gefahr der Perforation ist jetzt sehr verringert durch die verlängerbaren Oesophagoskoprohre, die man nach Brünings Vorschlag ohne Mandrin einführt; dabei arbeitet man immer unter Leitung des Auges. Verf. hatte in zwei Fällen das Mißgeschick, eine Pharynxperforation zu erleben, aber eigentlich nicht durch die Oesophagoskopie selbst, sondern durch das Sondieren in ihr. R. L.

Dermatologie.

Dr. **Friedrich Kanngiesser**, Dozent der Toxikologie an der Universität Neuchâtel: **Beiträge zur Kenntnis der Primeldermatitis.** (Korrespondenzbl. f. Schweizer Aerzte, 1911, No. 30.)

Daß gewisse asiatische Zierprimeln bei dazu disponierten Personen imstande sind, eine Hautentzündung hervorzurufen, ist erstmals an der Primula obconica, jener ziemlich rundblättrigen Zimmerprimel, erkannt worden, und zwar von dem Bostoner Dermatologen James C. White. Seitdem sind eine Reihe von Publikationen über die Primeldermatitis erschienen. K. selbst sah in jüngster Zeit einen Fall bei einem Arbeiter; brieflich aber wurde ihm von verschiedenen Seiten insgesamt über 39 Fälle berichtet. Die meisten Fälle betreffen Frauen aus den gebildeten Ständen. Manche Personen sind gegen das Primelgift ungemein empfindlich; so behaupten vier der Gewährsleute des Verfassers, daß Aufenthalt in der Nähe resp. im selben Stockwerk, wo Primeln sind, genüge, um den Ausschlag zu erwerben. Ob es sich um Fernwirkung, wie solche für Hautentzündungen durch Rhus Toxicodendron erwiesen, handelt, oder um Berührung des da- und dorthin verschleppten Sekretes der Drüsenhaare, läßt Verf. dahingestellt. Der letztere Modus liegt zweifellos bei einer Dame vor, die einer vom Markt mit einem Primelstöckchen kommenden Freundin die Hand gab und einige Stunden danach Juckreiz und Exanthem bekam. Für die Fernwirkung durch verdunstetes Sekret oder durch dem Luftstaub beigemengte Drüsenhärchen spricht folgender Fall: Ein Architekt hatte eine blühende Zierprimel am Fenster vor seinem Arbeitstisch. Viele Wochen hindurch litt er an einem hartnäckigen Bronchialkatarrh. Alles Medizinieren half nichts. Durch Zufall kam er durch die Lektüre auf die Primelerkrankung. Da die Primel in schönster Blüte war, nahm ein Mitarbeiter des Architekten sie an sein Arbeitsfenster. Nach einiger Zeit stellte sich nun auch bei diesem Bronchialkatarrh ein. In persönliche Berührung mit der Primel sind sie beide nicht gekommen. Soviel Verf. aus der Literatur bekannt, sollen die in warmen, trockenen Zimmern gepflegten Primeln mehr Drüsen bilden als die in Treibhäusern gezogenen. Doch ist die Quantität des Giftes immerhin noch kein Maßstab für die Qualität desselben. Wahrscheinlich, sagt Verf., dürften die in Asien wildwachsenden Primula obconica, sinensis, Sieboldi und cortusoïdes gefährlicher sein als die kultivierten. Für manche andere Giftpflanzen wenigstens ist bekannt, daß deren Giftigkeit durch jahrelange Kultur beeinträchtigt wird.

Falls die Ursache erkannt wird, heilt der Ausschlag gewöhnlich in zwei Wochen ab; doch können die roten Stellen bei empfindlicher Haut noch nach vier Wochen deutlich sichtbar sein. Therapeutisch hat sich Eintauchen in sehr heißes Wasser, gegen den Juckreiz auch essigsaure Tonerdelösung bewährt. Prof. Dr. Wolters (Rostock) teilte dem Verf. mit, daß er durch unsere gewöhnliche Wiesenprimel die gleichen Erscheinungen wie durch die asiatischen Primeln beobachtet habe. Ein anderer Herr schreibt dem Verf., daß seine Frau nicht nur unter Dermatitis infolge von Primula obconica längere Zeit zu leiden gehabt hat, sondern auch ähnlich durch das Pflücken vieler Exemplare von Primula officinalis und das längere Tragen des Straußes infiziert wurde. Kr.

Chirurgie.

H. Fowelin: Isolierte Stichverletzung des Pankreas, durch Operation geheilt. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 95, H. 4.)

Eine 24 jährige Arbeiterin hatte sich ein 35 cm langes Messer in selbstmörderischer Absicht in den Oberbauch gestoßen. 1¾ Stunden nach der Verletzung Laparotomie bei starker Anämie. Einstich befindet sich am linken Rippenbogen unter dem 8. Rippenknorpel. Magen, Leber, Darm und Milz werden intakt gefunden, dagegen findet sich zwischen hinterer Magenwand und Milz ein Bluterguß von ca. 200 ccm, nach

dessen Entleerung eine stark blutende Stichwunde im Pankreaskörper entdeckt wird. Zwei Nähte durch das Pankreas stillen die Blutung leicht. Tamponade. Glatte Heilung.

Das Bemerkenswerteste an dem interessanten Falle ist die Tatsache, daß außer dem Pankreas und dem großen Netz kein Bauchorgan verletzt war. Dies ist nur dadurch zu erklären, daß der Magen der Patientin bei dem Selbstmordversuch leer war und so das Messer zwischen linker seitlicher Magenwand und Ligamentum gastrolienale hindurch das Pankreas erreichen konnte. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **O. Butzengeiger** (Paderborn): **Zur Chirurgie des Stirnhirnabscesses. Ein Fall von geheiltem Stirnhirnabsceß.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Bis jetzt sind nur 11 Fälle geheilter rhinogener Stirnhirnabscesse bekannt; deshalb verdient jeder neue Fall Interesse. Verf. berichtet über einen derartigen Fall, der im Landeshospital zu Paderborn beobachtet wurde. Es handelte sich um einen 12 jährigen Knaben, bei welchem im Anschluß an eine lacunäre Angina zunächst äußerer periostaler Absceß der rechten Stirnseite sich ausbildete. 9 Tage nach der Entleerung dieses Abscesses zeigten sich plötzlich Symptome, die auf einen Hirnabsceß hinwiesen. Nach Freilegung der rechten Stirnhöhle kam man in eine direkt unter der Hirnrinde gelegene etwa hühnereigroße Absceßhöhle, welche ausgetupft und drainiert wurde. Nach einer Woche wurde wegen Eiterretention eine nochmalige Eröffnung nötig, wobei dann noch zur Sicherung des Abflusses an einer dem lateralen Ende des Abscesses entsprechenden Stelle der rechten Schläfengegend eine Trepanationsgegenöffnung angelegt und ein Drain durch die Absceßhöhle nach der Stirn durchgezogen wurde. Auch wurde ein taubeneigroßer Gehirnprolaps abgetragen. Nach sieben Wochen wurde eine nochmalige Freilegung des Stirnhirns und Absceßentleerung sowie die Abtragung eines walnußgroßen Gehirnprolapses erforderlich. Dann trat Heilung ein. Mehrere Monate später wurde die osteoplastische Deckung des entstandenen Knochendefektes mittels einer der Tibia entnommenen Knochenlamelle mit Periost vorgenommen, mit vollständigem Erfolg und Heilung per primam. Störungen in der Intelligenz oder im psychischen Verhalten zeigten sich nach der Heilung nicht. Der Fall ist deswegen bemerkenswert, daß, trotzdem die Eiterung von der Stirnhöhle nach außen durchgebrochen war (nach der Stirn zu), auch nach dem Gehirn die Infektion vordrang. In der Literatur fand Verf. keinen analogen Fall von doppeltem Durchbruch. Die Tatsache, daß die Stirnhirnabscesse viel schlechtere Heilresultate auch bei rechtzeitiger Behandlung ergeben als die otitischen Hirnabscesse, erklärt sich nach Verf. dadurch, daß die Abflußverhältnisse beim Stirnhirnabsceß viel ungünstiger sind. Deswegen empfiehlt sich die Anlegung einer Gegentrepanation und Drainage des Abscesses sowohl nach der Stirn wie nach der Schläfe zu, besonders bei größeren und lateral sich erstreckenden Stirnhöhlenabscessen, wie im vorliegenden Falle geschehen. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse und diätetische Therapie.

Prof. Dr. **Ludwig Waelsch** (Prag): **Beitrag zur Indikation und Wirkung kleinster Salvarsandosen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Verf. berichtet über einen Fall schwerer gummöser Lues, bei welchem trotz bestehender Kontraindikationen gegen Salvarsanbehandlung, da der Fall sich auch gegen Hg refraktär verhielt, es sich als notwendig erwies, die Salvarsanbehandlung anzuwenden. Es handelte sich um einen 28 jährigen Mann in sehr schlechtem Ernährungszustande, der sich 1907 infiziert und mehrere Hg-Kuren, die selbst in geringer Dosierung schlecht vertragen wurden, ohne Erfolg durchgemacht hatte. Es bestanden zurzeit ein Geschwür am rechten Naseneingang, eine Perforation des Septum narium, eine haselnußgroße atonische Erweiterung des linken Tränensackes. Außerdem hatte der Patient im letzten Jahre auf beiden Ohren an Otitis media gelitten; zurzeit bestand auf dem rechten Ohr Taubheit, die von ohrenärztlicher Seite auf Tubenverschluß infolge der bestehenden Nasenaffektion zurückgeführt wurde; eine luetische Labyrinthaffektion ließ sich aber nicht mit Sicherheit ausschließen. Vor einigen Jahren hatte der Patient einen schweren fieberhaften Gelenkrheumatismus durchgemacht; die Untersuchung des Herzens ergab eine Aorteninsuffizienz. Hiernach war eigentlich das Salvarsan kontraindiziert; da aber Hg ohne jede Wirkung geblieben war, entschloß sich Verf. zur Salvarsanbehandlung, aber in kleiner Dosis. Er injizierte zunächst 0,05 g in neutraler Suspension intramuskulär. Schon zwei Tage nach der Injektion begann das gummöse Geschwür am Nasenflügel sich zu reinigen, und auch der Prozeß der Nase zeigte Heilungstendenz. Diese Injektionen wurden nun jeden 3. bis 4. Tag wiederholt, mit dem Effekt, daß nach 14 Tagen, nach vier Injektionen von je 0,05 g, alle Ulcerationen geheilt waren. Der Patient erhielt noch dreimal je 0,05 g Salvarsan, also im ganzen 0,35 g, und wurde in gebessertem Ernährungszustande entlassen. Bei einer späteren Untersuchung ergab sich, daß die Heilung der Geschwüre Bestand hatte; außerdem kehrte das Gehör auf dem rechten vorher ertaubten Ohre wieder. Der Fall beweist, daß Salvarsan auch in ganz geringen Dosen einen schweren luetischen Krankheitsprozeß günstig beeinflussen kann, ferner, daß die bis jetzt geltenden Kontraindikationen bei dieser vorsichtigen Dosierung eine bedeutende Einschränkung erfahren können, vorausgesetzt, daß es sich um gegen Hg refraktäre Fälle handelt.

Prof. Dr. **Umber** (Altona): **Zur visceralen Syphilis (Pankreatitis syphilitica mit Diabetes, akute gelbe Leberatrophie) und ihrer Heilung durch Salvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Wenn sich bei einem Patienten neben funktioneller Schädigung der inneren und äußeren Sekretion des Pankreas, die sich vor allem kundgeben in Resorptionsstörungen und Alkalimangel im Darm, im charakteristischen mikroskopischen Stuhlbefund und Störungen der Fermentabscheidungen mit allgemeinen Ernährungsstörungen, noch Anzeichen für überstandene Lues und positive Wassermannreaktion im Blut finden, so muß der Verdacht rege werden, daß es sich um eine syphilitische Erkrankung des Pankreas handelt. Der Beweis dafür kann als erbracht gelten, wenn eine antiluetische Kur schnell Heilung herbeiführt. Ueber einen derartigen Fall berichtet Verf. Es handelt sich um einen 48 jährigen Mann, der vor 12 Jahren ein Ulcus durum hatte und damals mit zwei spezifischen Kuren behandelt worden war. Er war jetzt erkrankt mit Erscheinungen, die auf eine Erkrankung des Pankreas hindeuteten; die Hauptsymptome waren: auffallend voluminöser, fetthaltiger Stuhl, Zucker im Urin (bis über 5,4 pCt.), rapide Gewichtsabnahme. Die Wassermannsche Reaktion war positiv. In der Gegend des Pankreas quere, walzenförmige, druckempfindliche Resistenz, die dem zweifachen Volumen des Pankreas entspricht. Am 15. Tage der klinischen Beobachtung wurde dem Pat. 0,4 g Salvarsan nach der Wechselmannschen Methode injiziert. Es trat unmittelbar nach der Injektion Rückgang aller Krankheitssymptome ein. Der Stuhl war seit dem Tage der Injektion auffallend weniger fettreich und die Kohlehydrattoleranz stieg andauernd. Der Pat. nahm wieder an Gewicht zu, ist jetzt bei unbeschränkter Diät zuckerfrei und hat normale Fäces. Von der Resistenz in der Pankreasgegend ist nichts mehr zu fühlen. — Außerdem berichtet Verf. über eine Patientin, die unter den Erscheinungen der akuten gelben Leberatrophie erkrankte und durch Salvarsaninjektion geheilt wurde. Es handelt sich um ein 19 jähriges Mädchen, das vor einigen Monaten ein Ulcus durum akquiriert hatte und zunächst einem Traitement mixte unterzogen worden war. Sie erkrankte plötzlich unter schnell zunehmender Hinfälligkeit und starkem Ikterus; die Wassermannsche Reaktion war positiv; im Urin fand sich reichlich Tyrosin, Leucin und charakteristische Cystintafeln. Am 4. Tage der Beobachtung wurde eine intravenöse Salvarsaninjektion von 0,4 g gemacht. Daraufhin überraschend schneller Rückgang des Ikterus, schnelle Kräftezunahme. Es trat völlige Genesung ein. Es empfiehlt sich also, in allen sicheren oder verdächtigen Fällen von akuter Leberatrophie, die eine positive Wassermannsche Reaktion aufweisen, mit der Salvarsantherapie nicht zu zögern.

Dr. **Fritz Rosenfeld** (Stuttgart): **Ueber Glykoheptonsäurelakton.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Das Glykoheptonsäurelakton ist eine Zuckerart, die vor kurzem von Georg Rosenfeld (Breslau) für Diabetiker empfohlen wurde. Dieses Lakton der α-Glykoheptonsäure enthält im Gegensatz zu den Hexosen 7 Kohlenstoffatome; es ist ein weißes Pulver von süßem Geschmack; in starker Konzentration, etwa 10 g auf 150 g Tee, ist der Nachgeschmack der eines Fruchtbonbons mittlerer Güte. Eine 2 proz. Lösung schmeckt schon ausgesprochen süß und für den Geschmack mancher Personen angenehmer als eine 2 proz. Traubenzuckerlösung. Die Reduktionsprobe nach Fehling und Nylander fällt mit dieser Lösung negativ aus; erst die 3 proz. Lösung ergibt eine grüne Verfärbung der Fehlingschen Lösung. Das Lakton gärt nicht, auch nicht mit Adrenalinzusatz. Es ist linksdrehend. Der Urin des Gesunden nach Einnahme von 20 g, nüchtern genommen, reduziert nicht wie sonst, sondern gibt nur eine leicht grünliche Verfärbung. Er gärt nicht und dreht schwach nach links. Verf. gab das Mittel 3 Patienten, die an mittelschwerem Diabetes litten, in Dosen von 1—3 mal täglich 10 g. Die Zuckerausscheidung wurde durch das Mittel nicht vermehrt, sondern eher herabgesetzt, doch nur unerheblich. Die Ausscheidung des Acetons und der Acetessigsäure wurde nicht beeinflußt. In größeren Dosen, ja schon bei 2 mal 10 g pro die, vermag die Darreichung des Laktons Durchfall zu erzeugen. R. L.

Dr. **R. Belgrano**: **Untersuchungen über den Stoffwechsel Kranker bei Gebrauch von Hygiama.** Aus der medizinischen Universitätsklinik des Herrn Prof. E. Maragliano in Genua. (Bollettino delle Cliniche, 1911, No. 3.)

Verf. betont zunächst die Bedeutung künstlicher Nährpräparate für die zahlreichen Krankheitsfälle, bei denen die natürliche Nahrungszufuhr nur in ungenügender Weise möglich ist, und stellt als ideale Forderung für ein Nährpräparat auf, daß es in geringer Quantität und angenehmer Form das Stoffwechselgleichgewicht des Kranken müsse erhalten können.

Das Hygiama entspricht nach seiner Ansicht diesen Anforderungen vermöge seiner Zusammensetzung und Darreichungsform, jedoch die wissenschaftliche Basis für die günstige Wirkung des Präparates schien ihm noch nicht genügend begründet zu sein. Deshalb unternahm er eine Reihe von Stoffwechselversuchen an Kranken mit Stauungserscheinungen infolge von Lebercirrhose, Herz- und Nierenkrankheiten, bei denen die Ernährung Schwierigkeiten bot.

Die Ergebnisse sind folgende:

Das Hygiama, das sich zur Erreichung des Stickstoffgleichgewichts als sehr brauchbar erwies, wurde in seinen verschiedenen Formen gerne genommen und übte auch in großen Dosen keinerlei Reizwirkung auf die Magen- und Darmschleimhaut aus.

Die Stickstoffbilanz und die Besserung des Allgemeinzustandes der Kranken erweisen, daß der mit dem Hygiama eingeführte Stickstoff assimiliert wird. Eine leichte Erhöhung des Stickstoffes in den Fäces nach Hygiamazufuhr wird nur in den ersten Tagen beobachtet und geht in den folgenden Tagen zurück.

Wenn auch Verf. einen erheblichen Teil der günstigen Erfolge der Bettruhe und der sonstigen Behandlung zuschreibt, so glaubt er doch sagen zu dürfen, daß das Hygiama ein Nährpräparat erster Ordnung ist und unter diejenigen gezählt werden muß, die in erster Linie geeignet sind, für die Diät der Nephritiker, Cirrhotiker und Herzkranken verwendet zu werden, bei denen die neueren Versuche die besonderen Vorteile einer vorzugsweise trockenen Diät, besonders in bestimmten Perioden der Krankheit, gezeigt haben. T.

Dr. med. **Seemann**, Nervenarzt: **Nährmittel bei Krankheiten des Nervensystems.** (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1911, No. 6.)

Verf. betont die hohe Bedeutung der Ernährung bei allen Nervenkrankheiten. Sind diese doch vielfach nur auf Unterernährung und allgemeine Schwächung des ganzen Organismus zurückzuführen. Künstliche Nährmittel sind dabei nicht zu entbehren, unter denen nach neueren Forschungen die den Aufbau der Nervensubstanz besonders fördernden ausreichend Lecithin enthaltenden Präparate zu bevorzugen sind. Zu diesen gehört nach maßgebenden Analytikern das bekannte Hygiama, das unter Umständen auch mit Nährklystieren verabreicht werden kann. Für Fälle dieser Art empfiehlt Verf. folgendes Verfahren: 50 g Hygiamapulver werden mit etwas heißem Wasser gut angerührt, hierauf mit 500 g Milch gut durchgekocht und eine Messerspitze Kochsalz zugefügt. Recht zweckmäßig ist es, noch drei Eier hineinzuquirlen. Wo eine Anregung der Herztätigkeit erforderlich ist, fügt man etwas Alkohol hinzu, im Bedarfsfalle auch Arzneimittel (Schlafmittel). Auf Grund seiner Erfahrungen kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: Hygiama leistet Vortreffliches, wo es gilt, drohende Schwächezustände zu verhüten. Es ist ein wertvolles Roborans in der Rekonvaleszenz und bei Neurasthenie. Seine Verwendung ist besonders von Nutzen, wo bei eintretenden Schwierigkeiten in der gewöhnlichen Ernährung dem Körper die unbedingt notwendigen Nährstoffe in möglichst konzentrierter Form zugeführt werden müssen, es eignet sich daher besonders für die Sondenfütterung Geisteskranker und in denjenigen Fällen von Hysterie und Neurasthenie, in denen die Ernährung darniederliegt. T.

Physikalische Therapie.

Dr. **Rudolf v. Hoesslin** (München-Neuwittelsbach): **Ueber Hepin-Sauerstoffbäder.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Römer und Much haben vor einigen Jahren in v. Behrings Institut eine Leberkatalase gewonnen, welche aus Wasserstoffsuperoxyd Sauerstoff abspaltet. Diese Katalase wird jetzt unter dem Namen Hepin von dem Behringswerk in Marburg in den Handel gebracht; sie ist imstande, in einer Menge von 0,075 ccm aus 100 ccm 3 proz. H_2O_2-Lösung 1 Liter Sauerstoff freizumachen. Verf. benutzte das Hepin zur Herstellung von Sauerstoffbädern. Einem Vollbad wird 1 Liter 3 proz. H_2O_2-Lösung zugesetzt. Das Hepin kommt in kleinen Originalflaschen zur Versendung. Jedes Fläschchen enthält soviel Hepin, als notwendig ist, um das einem Bad zugesetzte Wasserstoffsuperoxyd zu zerlegen. Am besten gießt man den Inhalt eines Hepingläschens in ¼ Liter Wasser und verteilt das mit Hepin gemischte Wasser in dem Bade, dem vorher das Wasserstoffsuperoxyd zugesetzt wurde. Die Entwicklung des Sauerstoffes geht sehr rasch vor sich, so daß nach 10—15 Minuten das ganze Badewasser von kleinen Gasbläschen durchsetzt ist. Dann ist das Bad gebrauchsfertig. Die Sauerstoffentwicklung dauert aber noch einige Zeit an. Vor den Ozetbädern haben die Hepin-Sauerstoffbäder den Vorzug der Billigkeit. Ein Liter 3 proz. Wasserstoffsuperoxydlösung kostet 0,40 M., die für ein Bad erforderliche Hepindosis 0,20 M. Das Hepin-Sauerstoffbad kann in jeder Wanne zubereitet werden, da es die Wanne nicht angreift.

Dr. **C. Kaestle** (München): **Die unipolare Arsonvalisation der Haut als Vorbehandlung nachfolgender Röntgenbestrahlung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Während Christoph Müller angegeben hatte, daß durch Hochfrequenzbehandlung die Haut für Röntgenstrahlen desensibiliert werde und es dadurch möglich sei, auf Gebilde in der Tiefe, etwa maligne Neubildungen, vermehrte Röntgenstrahlenmengen, und zwar nicht zu harte Strahlen, zur Einwirkung zu bringen, kamen Frank Schultz u. a. zu der Ansicht, daß nicht eine Desensibilisierung, sondern eine Sensibilisierung der Haut für Röntgenstrahlen die Folge vorhergehender Arsonvalisation sei. Neuerdings schrieben Werner und Caan der schwachen Arsonvalisation desensibilisierende, der starken sensibilisierende Wirkung zu. Verf. selbst hat seit einem Jahre die Frage der kombinierten Arsonval-Röntgenbehandlung experimentell und klinisch geprüft. Er fand, daß die mit mittelstarker Arsonvalisation kürzere oder längere Zeit vorbehandelte Haut gesteigerte Empfindlichkeit gegenüber nachfolgender Röntgenbestrahlung besitzt. Eine Desensibilisierung der Haut durch Arsonvalisation läßt sich auf keine Weise erreichen. Die unipolare Arsonvalisation entfaltet eine geringe Tiefenwirkung; auch diese ist sensibilisierend. Dadurch erklärt sich nach Verf. der wiederholt beobachtete günstige Einfluß der kombinierten Behandlung auf gewisse maligne Neubildungen, die auf einfache Röntgenbestrahlung nicht in derselben Weise reagiert haben. Bei Behandlung von in der Tiefe gelegenen Tumoren steht die kombinierte Methode in ihrer perkutanen Anwendung der einfachen Röntgenbestrahlung nach. Die Arsonvalisation sensibilisiert die Haut, während ihre sensibilisierende Wirkung in größerer Tiefe gelegene Gebilde nicht erreicht. Es können deshalb nur relativ geringe Röntgenstrahlenmengen zur Anwendung kommen. Verf. hat von der perkutanen Anwendung der kombinierten Methode bei Behandlung von Carcinomen oder Carcinomrezidiven des Magens, der Leber, der Niere, des Uterus, des Rektums, von Drüsenmetastasen im Abdomen und von Beckensarkomen keinen Erfolg gesehen.

Doz. Dr. **V. Grönholm** (Helsingfors): **Finsentherapie bei Trachom.** (v. Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 80, H. 1.)

Verf. berichtet über die Ergebnisse ausgedehnter Versuche, welche die therapeutische Beeinflußbarkeit des Trachoms durch die Finsenbestrahlung zum Gegenstand hatten. Seine Resultate sind folgende: Die kurzwelligen Lichtstrahlen, nach der Methode von Finsen-Lundsgaard angewendet, vermögen die Trachomkörner zu zerstören und die trachomatöse Infiltration in der Conjunctiva zum Schwinden zu bringen. Nach der Bestrahlung entsteht eine ziemlich starke reaktive Entzündung der Conjunctiva und die Augenlider sind oft eine Woche hindurch hochgradig ödematös geschwollen, und die Schleimhautoberfläche ist von einer Pseudomembran bedeckt. Hiernach beginnt die Schwellung abzunehmen, und nachdem die Reaktion abgeklungen ist, findet man die Schleimhaut glatt, blaß, oft glänzend weiß und narbig, die trachomatösen Veränderungen sind verschwunden, die Narbenbildung ist oberflächlich, ausgebreitet und dünn; strahlige, tiefgehende Narben kommen meistens nach der Finsenbehandlung nicht vor. Der Schrumpfungsprozeß in der Conjunctiva ist nach der Finsenbehandlung nicht hochgradiger als nach der üblichen Methode mit Expression und Blaustein. — Zur Heilung des Trachoms ist oft eine einzige Belichtung der Bindehaut von ungefähr 10 Minuten Dauer erforderlich; in anderen Fällen jedoch mußte sie 2—3 mal, sehr selten 4—6 mal wiederholt werden. Die Behandlungsdauer ist bei der Finsenbehandlung wesentlich kürzer als bei der Behandlung mit Ausquetschung und Blaustein. Läßt man eine Expression der Lichtbehandlung vorausgehen, so kann die Behandlungsdauer oft auf ungefähr einen Monat herabgesetzt werden. Was die Erfolge anlangt, so waren von 98 trachomkranken Augen, in denen der primäre Erfolg beobachtet worden ist, 79 Augen bei Abschluß der Behandlung trachomfrei, während 19 Augen nicht trachomfrei geworden sind. Auch in diesen Fällen wurde fast immer eine bedeutende Besserung erreicht. Von den 60 Augen, bei denen das Schlußresultat (12—17 Monate nach Beendigung der Behandlung) festgestellt werden konnte, waren 36 Augen gesund, 21 hatten Rezidive

bezw. Reinfektion, und 3, welche bei der Entlassung der Patienten als nicht trachomfrei bezeichnet wurden, waren auch bei der Kontrolluntersuchung noch mit Trachom behaftet. Rezidive traten verhältnismäßig selten ein in solchen trachomatösen Augen, wo die Schrumpfung der Conjunctiva zu Beginn der Behandlung nicht bestand oder gering war, wo aber die trachomatöse Hypertrophie hochgradig war, d. h. in Fällen, die in einem frühen Krankheitsstadium zur Behandlung kamen (Rezidivfrequenz 20—26 pCt.); öfters wurden die Rezidive beobachtet in Augen, welche bei Einleitung der Behandlung mäßige Hypertrophie und mäßige Schrumpfung darboten, am häufigsten aber bei Augen, wo der Schrumpfungsprozeß weit vorgeschritten war und wo die trachomatöse Verdickung der Bindehaut im Rückgang sich befand, d. h. in Fällen, wo das Trachom bei Beginn der Behandlung in einem verhältnismäßig vorgeschrittenen Stadium sich befand (Rezidivfrequenz 45—56 pCt.). Das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein makroskopisch sichtbarer Trachomkörner hat den Behandlungserfolg nicht wesentlich beeinflußt. Die Lokalisation der trachomatösen Veränderungen innerhalb des Conjunctivalsackes war insofern von Bedeutung, als das definitive Resultat am günstigsten sich gestaltete in Augen, bei denen bloß die Uebergangsfalte angegriffen war, d. h. in den frühzeitigen Trachomfällen, weniger günstig dort, wo sowohl die Uebergangsfalte als auch die Conjunctiva tarsi trachomatös infiltriert war, und die Rezidive haben am häufigsten diejenigen Augen betroffen, bei denen die Conjunctiva allein Sitz des Trachoms war, d. h. veraltete Trachomfälle. Die granuläre und die papilläre Form des Trachoms scheinen beide ungefähr in gleichem Grade von der Finsenbehandlung beeinflußt zu werden. — Die Lichtbehandlung des Trachoms ist nicht ganz gefahrlos, und zwar besteht für die Hornhaut die Gefahr der Pannusbildung und Geschwürsbildung. Diese Komplikation trat 15 mal auf bei Augen, bei denen die Cornea schon vor Beginn der Bestrahlungstherapie affiziert war. Aber in 7 Fällen traten Komplikationen ein, trotzdem die Hornhaut vor Beginn der Lichtbehandlung gesund war. In 3 Fällen wurde das Sehvermögen infolge von Hornhauttrübungen herabgesetzt. Die Finsenbehandlung ist in erster Linie indiziert in Fällen, in denen die Conjunctiva trachomatöse Infiltration aufweist, die Hornhaut aber gesund ist. In solchen Fällen kann die gesamte Conjunctiva palpebrarum et fornicis oder wenigstens ihr größerer Teil, wenn nötig, in einer einzigen Sitzung, mit Licht behandelt werden. Ist die Cornea dagegen angegriffen oder das Auge gereizt, so soll die Bestrahlung successive derart geschehen, daß man verschiedene Gebiete der Bindehaut zu verschiedenen Zeiten behandelt und jedesmal das Abklingen der reaktiven Entzündungserscheinungen abwartet, bevor eine neue Bestrahlung Platz greift. Die Lichtbehandlung kann auch in Kombination mit den anderen therapeutischen Hilfsmitteln angewendet werden.

Dr. **K. A. Heiberg** (Kopenhagen) und Doz. Dr. **V. Grönholm** (Helsingfors): **Histologische Untersuchungen über die Einwirkung des Finsenlichtes und der Expression nebst Blausteinbehandlung beim Trachom.** (v. Graefes Archiv für Ophthalmolgie, Bd. 80, H. 1.)

Die in Verbindung mit der klinischen Untersuchung angestellten histologischen Untersuchungen betreffs der Einwirkung des Finsenlichtes auf das Trachom bestätigten die Ergebnisse der klinischen Beobachtungen. Das Finsenlicht besitzt ein hervorragendes Vermögen, die trachomatöse Infiltration zu zerstören, und diese Wirkung tritt schon nach einer ziemlich kurz dauernden Bestrahlung ein. Ein Vergleich zwischen der histologischen Beschaffenheit der Conjunctiva nach der Behandlung mit Finsenlicht und nach einer solchen mittels Expression und Blaustein zeigt, daß die Finsentherapie den bisher üblichen Behandlungsmethoden für Trachom bedeutend überlegen ist. R. L.

Serumtherapie, Organotherapie.

Dr. **A. Dutoit** (Lausanne): **Ergebnisse der Ziegennieren-Serumtherapie bei chronischer Nephritis.** (Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte, 1911, No. 29.)

Verf. berichtet über sehr günstige Ergebnisse der Ziegennieren-Serumtherapie bei chronischer Nephritis. Auf drei behandelte Fälle kommen zwei Heilungen, was gegenüber den bisherigen Erfolgen in der Nephritisbehandlung einen unschätzbaren Fortschritt bedeutet. In symptomatischer Hinsicht sind sämtliche Fälle (40) als gebessert zu betrachten. Die meisten Autoren weisen mit Nachdruck auf die eminent diuretische Wirkung der Ziegennieren-Serumtherapie hin. Dabei scheint es vor allem wesentlich, daß es sich hier nicht nur um eine allgemeine Begünstigung der Chlorausscheidung durch den Urin handelt, sondern vielmehr um eine direkte spezifische Beeinflussung des sekretorischen Parenchyms der Nieren, zumal des vasomotorischen Drüsenapparates. Nach Meyer und De Lamy treiben die Glomeruli, dank dem intraglandulären Gangliensystem, den Harn stoßweise in die Canaliculi. Gewisse Giftstoffe vermögen diesen Mechanismus zu paralysieren, so daß eine Rückstauung des Urins innerhalb der Nieren zustande kommt. Die unmittelbare Wirkung der Serumtherapie würde danach besonders darin zu suchen sein, daß das Serum den vasomotorischen Apparat zu neuer Tätigkeit anregt, wodurch der natürliche Abfluß des Urins wieder vor sich geht. Mit dieser Steigerung der Diurese verbindet sich ohne weiteres die Ausscheidung aller derjenigen Substanzen, welche bisher, infolge der Rückstauung des Blutes, im Blute angesammelt blieben. Von Wichtigkeit ist ferner die Tatsache, daß das Ziegennierenserum die allgemeine Toxinämie herabsetzt. Dies geschieht nach der Meinung der Autoren auf zweierlei Weise: einerseits durch direkte Neutralisation und Bindung gewisser giftiger Substanzen, andererseits durch Anregung der Defensive im Organismus selbst. Die Neutralisation scheint durch die Versuche von Thévenot bewiesen, gemäß welchen die Injektion von urämischem Serum in die Ohrvene des Kaninchens bei demselben eine eigentliche Verstopfung der Nieren hervorruft, während diese Wirkung ausbleibt, sobald die Injektion in Verbindung mit einer solchen von Ziegennierenserum geschieht. Andererseits aber zeigen die klinischen Beobachtungen, daß sich unter dem Einfluß der Ziegennierenserumtherapie die Ausscheidung des Harnstoffs beträchtlich steigert. Dies läßt mit Wahrscheinlichkeit auf eine funktionelle Anregung der Leber und der in derselben produzierten Bindungsstoffe durch das Serum schließen. Daneben geht nach der Meinung von Miorsec und Duclaux eine Trennung der an das Chlor gebundenen toxischen Albumine im Blute vor sich, wodurch ebenfalls eine Entgiftung des Organismus zustandekommt. Diese Befreiung des Chlors führt wiederum zu einer Steigerung der Leukocytose und der Phagocytose, wie Russo durch eine Reihe von Blutuntersuchungen nachgewiesen hat. Ferner ist aus den Arbeiten von Legueux und Daunnay zu entnehmen, daß unter dem Einfluß der Serumtherapie auch die granulierten Blutkörperchen an Zahl bedeutend zunehmen, welcher Vorgang auf eine reaktive Betätigung des Knochenmarkes hinzudeuten scheint. Aus allen diesen Erscheinungen gewinnen wir eine Erklärung dafür, daß die Toxizität des Harns im Verlaufe der Serumbehandlung beträchtlich zurückgeht. Dieser Effekt steht im Gegensatz zur Wirkung der Organotherapie bei Nephritis, welche eine Steigerung der Toxizität des Urins herbeiführt. Kr.

Chirurgische Therapie.

Dr. **Bruno Moses** (Berlin): **Orthonal, ein neues Anästheticum.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Orthonal ist die Kombination einer 0,5 proz. Kokainlösung mit einer 0,75 proz. Alypinlösung, der 6 pCt. einer Adrenalinlösung 1:10 000 zugesetzt ist. Diese Zusammensetzung wird in physiologischer Kochsalzlösung bereitet und im Autoklaven sterilisiert. Es kommt in braunen Ampullen zu 1—2 ccm Inhalt in den Handel. Verf. prüfte die Verwendbarkeit des neuen Mittels in der chirurg. Abteilung des Krankenhauses Friedrichshain zu Berlin; er empfiehlt das Mittel für die Zwecke der kleinen Chirurgie: Entfernung von kleinen Tumoren gutartiger Natur oder von Fremdkörpern, für Probeexzisionen, Operationen an den Fingern und Zehen, Spaltung von Abscessen. Orthonal wurde angewendet: 1. in Form der Infiltrationsanästhesie nach Schleich; 2. zur Leitungsanästhesie nach Oberst, speziell an den Extremitäten. Verwendet wurden 1—3 ccm; die Anästhesie war mit wenigen Ausnahmen eine vollständige. Nach 1—2 Minuten bei der Infiltrationsmethode, nach etwa 5 Minuten bei der Oberstschen Methode trat Anästhesie ein. Irgendwelche Nachwirkungen oder Allgemeinsymptome wurden nicht beobachtet.

Dr. **D. Kulenkampff** (Zwickau): **Ueber den Chloräthylrausch.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Verf. empfiehlt für gewisse Fälle den Chloräthylrausch als Ersatz des Aetherrausches für ganz kurzdauernde Eingriffe. Die Technik ist folgende: Man nimmt ein Stück Gazebinde, das man in 6—8 Lagen zusammenfaltet und dem Pat. über das Gesicht deckt. Darauf wird das Chloräthyl aus den bekannten Glastuben gespritzt oder getropft, indem man die Verschlußkappe nur teilweise öffnet. Man ermahnt den Patienten, tief Luft zu holen, wobei man auch bei Kindern nie auf Schwierigkeiten stößt, da die Einatmung des fast geruchlosen und reizlosen Gases keine Beschwerden verursacht. Nachdem man 30—60, bei kräftigen Männern auch 80—100 Tropfen gegeben hat, tritt — in der Regel nach ½—¾ Minuten — der gewünschte analgetische Zustand ein. Bei dieser Art der Anwendung ist nach Verf. das Chloräthyl gefahrlos; die bisher mitgeteilten Todesfälle haben sich sämtlich bei Chloräthyl-Vollnarkosen und bei Verwendung geschlossener, zum Teil sehr unzweckmäßiger Masken ereignet. Den Chloräthylrausch empfiehlt Verf. besonders für kleine, kurzdauernde, aber häufig sehr

schmerzhafte Eingriffe, die man meist ohne jede Anästhesierung auszuführen pflegt, z. B. die erste, schmerzhafte Tamponentfernung, die Einrenkung frischer Schulter- und Ellbogengelenkluxationen, die Reposition von Radiusfrakturen, kleine Inzisionen. Versager sind bei Kindern und Frauen selten, bei kräftigen Männern schon häufiger. Nachwirkungen oder üble Zufälle treten bei dieser Anwendungsweise nach den bisherigen Erfahrungen nicht ein. R. L.

Chr. A. Elsberg: Erfahrungen in der Thoraxchirurgie mit der intratrachealen Insufflation von Luft und Aether [Meltzer-Auer]. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 96, H. 1.)

E. hat im Mt. Sinai-Hospital in New York die intratracheale Insufflationsnarkose nach Meltzer-Auer in weit über 100 Fällen ausgeführt, so z. B. bei Craniotomien, Thyreoidektomien, Thorakotomien, Lungenoperationen und verschiedenen Laparotomien. Die Narkose verlief stets ruhig, ohne Erbrechen und war auffallend frei von üblen Nachwirkungen, insbesondere hat der durch die Glottis bis zur Bifurkation eingeführte Seidenkatheter niemals zu lokalen Reizerscheinungen geführt. Auch alte kachektische Leute vertrugen die Narkose gut. Der in der Trachea liegende Katheter wird durch ein Rohr mit dem von E. konstruierten Apparat verbunden. Die Zuführung von Luft und Aether werden durch elektromotorischen Antrieb reguliert. Im Tierexperiment konnte E. zahlreiche große Operationen, so z. B. Resektionen einzelner Lungenlappen und einer ganzen Lunge mit Naht des Bronchus erfolgreich durchführen. Durch die Insufflation blieb die Lunge während des ganzen Eingriffs gebläht, so daß die Gefahren des Pneumothorax ebenso wie bei den bekannten Ueber- und Unterdruckmethoden ausgeschaltet sind. Adler (Berlin-Pankow).

Prof. Dr. **Gustav Spiess** (Frankfurt a. M.): **Tumor der Hypophysengegend auf endonasalem Wege erfolgreich operiert.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Verf. berichtet über einen Fall, in dem es ihm gelang, einen cystischen Tumor der Hypophysengegend ganz endonasal, durch ein Nasenloch, zu entfernen. Es handelte sich um einen 28 jährigen Patienten, der seit einigen Monaten dumpfe Schmerzen im Innern des Kopfes verspürte und eine zunehmende Sehstörung bemerkte. Die augenärztliche Untersuchung ergab bei normalem ophthalmoskopischen Befund beträchtliche Abnahme der Sehschärfe und Gesichtsfelddefekte vom Charakter der bitemporalen Hemianopsie. Da Hypophysissymptome selbst fehlten, mußte man einen Tumor der Hypophysisumgebung annehmen. Da aus dem Röntgenbild und der Vorgeschichte des Falles geschlossen werden konnte, daß der Tumor extracerebral sich entwickelt hatte, beschloß Verf., auf endonasalem Wege ihn zugänglich zu machen. Nach submuköser Septumresektion und Abtragung der vorderen Keilbeinhöhlenwand sah man an Stelle der hinteren Keilbeinwand eine mäßig gespannte glatte Membran von weißlichem Aussehen; anscheinend handelte es sich um eine Cyste. Verf. brach hier zunächst die Operation ab, setzte sie aber nach zwei Tagen fort. Da eine Ausschälung der Cyste sich als nicht möglich erwies, wurde sie eröffnet, wonach sich ein glasiger Schleim entleerte, und dann vorsichtig mit dem scharfen Löffel ausgekratzt, sowie größere Teile der Cystenwände abgetragen. Dann wurde mit Jodoformgaze tamponiert. Der Tampon wurde am dritten Tage entfernt; das Septum heilte reaktionslos, ebenso die Keilbeinwunde. Die Sehstörung ging völlig zurück. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Cystenwand ergab, daß es sich um eine von der Chorda dorsalis ausgehende ganz seltene Geschwulst, um ein Chordem, handelte.

Prof. **Th. Axenfeld** (Freiburg i. Br.): **Endonasale Behandlung der orbitalen Mucocelen, besonders solcher des Siebbeins und des Tränensacks.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Verf. ist auf Grund seiner Erfahrungen zu der Ansicht gelangt, daß für manche Fälle, in denen es bei Entzündungen des Siebbeins und der Stirnhöhle zur Beteiligung der Orbita, zu Mucocelenbildung in der Augenhöhle kommt, die orbitale operative Therapie zugunsten des endonasalen Eingriffs einzuschränken ist. Verf. hat die indolenten, unter dem Bilde eines Orbitaltumors allmählich sich entwickelnden Ektasien im Auge, die unter Verdünnung der Knochenwandungen den Augapfel mehr und mehr verdrängen. Derartige Fälle wenden sich meist an den Augenarzt, weil die Verdrängung des Auges im Vordergrund steht, während die nasalen Beschwerden bei diesen überwiegend indolenten Prozessen ganz zurückzutreten pflegen. Die meisten dieser Fälle sind bisher von der Orbita aus operiert worden. Gerade bei den hochgradig in die Orbita vordringenden Mucocelen ist der objektive Nasenbefund oft negativ, denn in der Regel ist die nasale Kommunikation der kranken, nach der Orbita dilatierten Höhle aufgehoben. Trotzdem ist nach Verf. in einem Teil dieser Fälle der endonasale Eingriff vorzuziehen. Verf. hat bei drei Fällen von Siebbeinmucocele in einem von vorn inzidiert, die beiden anderen rhinologischer Behandlung überwiesen; es wurde bei diesen nach Resektion der mittleren Muschel das Siebbein breit eröffnet; das Resultat der beiden endonasal operierten Fälle war zufriedenstellend, obwohl diese Fälle viel hochgradiger waren und eine erheblich stärkere Verdrängung des Bulbus verursacht hatten; dagegen heilte der von außen operierte Fall mit einer tief eingesunkenen Narbe aus. Außerdem sind bei der orbitalen Operation Störungen im Bereich des Trochlearis möglich. Uebrigens muß zur Vermeidung erneuter Retention auch bei der Operation von vorn eine breite Oeffnung nach der Nase hergestellt werden; es genügt nicht die Inzision und Entleerung der Mucocele, sondern der ganze Sack bezw. das ektatische Siebbein muß entfernt werden, was natürlich eine beträchtliche Lücke hinterläßt. Wird dagegen ohne Eröffnung von vorn endonasal eine große Kommunikation nach der Nase angelegt, durch die der Inhalt dauernd abzufließen vermag, so wird eine vollständige Exstirpation überflüssig; denn die dünnen Siebbein-Mucocelenwände fallen zusammen und schrumpfen. Nach Verf. soll also die Operation von vorn nur für solche Fälle, die endonasal nicht ausheilen, reserviert werden. Für die Mucocelen der Stirnhöhle liegen die Verhältnisse etwas anders. Ist bei diesen die Vorderwand (und Hinterwand) noch starrer Knochen, so wird eine einfache nasale Eröffnung die Höhle kaum zu genügend freier Entleerung und Rückbildung bringen; die Radikaloperation von vorn erscheint unvermeidlich. In manchen Fällen ist aber der Versuch einer endonasalen Therapie gerechtfertigt. Ausnahmsweise kommen sogar Tränensackerkrankungen, die sonst in das Gebiet der Ophthalmochirurgie fallen, für die endonasale Therapie in Frage. Verf. berichtet über einen derartigen Fall. Es handelte sich um eine Ektasie des Tränensacks bei einer 45 jährigen Frau, von solcher Hochgradigkeit, daß sie den Augapfel nach außen und vorn gedrängt hatte; im inneren Lidwinkel war der Tränensack als sich vorwölbender cystischer Tumor von 5½ cm Höhe und 3 cm Breite sichtbar. Durch endonasalen Eingriff (Killian) gelang es, die Cyste dauernd zu beseitigen, mit vollständiger Reposition des Augapfels.

Dr. **F. Smoler**, Primararzt der chirurg. Abt. d. mähr. Landeskrankenanstalt zu Olmütz: **Zur chirurgischen Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Prager med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Verf. erörtert die verschiedenen Bestrebungen, die zur Beseitigung der Prostatahypertrophie selbst oder zum mindesten der Symptome derselben unternommen wurden. Eine wirkungsvolle Behandlung setzte erst mit der operativen Wegnahme der ganzen vergrößerten Drüse ein. Von den verschiedenen Wegen, die zum Zwecke der Entfernung der Drüse begangen wurden, erweckten nur zwei allgemeines Interesse, nämlich der suprapubische oder transvesikale und der perineale Weg. Verf. schildert das Wesentliche der beiden Operationsmethoden und erörtert dann die Frage nach der Indikationsstellung der Operation, die für den praktischen Arzt weit mehr Interesse hat als die nach der Auswahl der passenden Methode. Auch über die allgemeine Indikationsstellung konnte noch keine vollkommene Einigung erzielt werden. Wenn auch der exzessiv konservative Standpunkt, daß bei Prostatahypertrophie überhaupt nicht operiert werden soll, verlassen wurde, so finden sich doch gegenwärtig neben radikalen Ansichten noch reichlich weniger radikale vertreten. Der Umstand, daß die Prostatahypertrophie trotz aller Gefahr, die sie dem Kranken bringt, denn doch nicht zu jenen Uebeln gehört, die das Leben direkt gefährden, macht es unmöglich, eine allgemein gültige Indikationsstellung zu formulieren; man muß sie für jeden Fall gesondert suchen. Da spielen vor allem die sozialen Verhältnisse des Kranken eine große Rolle; der intelligente Kranke, der dazu in der Lage ist, einen großen Teil seiner Zeit der Behandlung seines Leidens widmen zu können, wird der Operation unstreitig eher entraten können, als der weniger intelligente, als der Arme, für den vollkommene Gesundheit Lebensbedingung ist. Der Kranke mit totaler Harnretention wird das Bedürfnis, von seiner Prostata befreit zu sein, dringender empfinden, als der andere. der seinen Harn bis auf ein geringes Quantum von Residualharn entleeren kann. Die Unterschiede im Befinden können bei verschiedenen Prostatikern oft recht große sein bei gleichen anatomischen Verhältnissen; daher gehört die Prostatahypertrophie auch zu den wenigen Erkrankungen, bei denen wir dem Kranken das Recht einräumen müssen, ein Wort mitzusprechen bei der Frage, ob operiert werden soll oder nicht. Pflicht des Arztes aber bleibt es, den Kranken vor einem Zustand zu bewahren, der ihn für die Operation ungeeignet, der ihn unheilbar macht. — Verfassers Indikationsstellung hält so ziemlich die Mitte zwischen radikaler und konservativer Richtung. Er hat in 9 Jahren von 66 behandelten Fällen von Prostatahypertrophie 14 ektomiert; 13 mal operierte er transvesikal, 1 mal perineal. Von den operierten Kranken starben 3 (einer an Pneumonie am 7. Tage nach der

Operation, einer 10½ Monate nach der Operation an Marasmus senilis, der dritte am 5. Tage nach der Operation an Sepsis); somit starb von 14 Operierten nur einer an den Folgen des Eingriffes. Der jüngste Patient war 57, der älteste 75 Jahre alt. 8 Fälle waren vor der Operation cystoskopiert worden, bei den 4 übrigen war die Einführung des Cystoskops nicht möglich, bei zwei Fällen nicht notwendig gewesen. Alle Kranken hatten vor der Operation hochgradige Prostatabeschwerden gehabt; bei den meisten war Katheterbehandlung durch längere Zeit durchgeführt worden und wegen starker Blutungen, Schmerzen oder Fieber weiterhin undurchführbar geworden. Alle hatten mehr oder weniger starke Cystitis, einzelne alkalischen übelriechenden Harn. Die Zeit, innerhalb welcher die Patienten nach der Operation spontan zu urinieren begannen, war sehr verschieden; die kürzeste Frist war 6 Tage, dann 11, 12, 14, 18, 20, 21, 22 und so fort; ein Kranker, bei dem der Heilungsverlauf durch Komplikationen gestört war, begann 40 Tage, ein anderer 48 Tage nach der Operation spontan zu urinieren. In einem Falle wurden zugleich Steine entfernt. In zwei Fällen wurde zweizeitig operiert, weil hochgradige Cystitis bestanden hatte, die durch Anlegung der suprapubischen Fistel und Lokalbehandlung vor der Prostatektomie gebessert werden sollte. In 4 Fällen wurde die Ektomie in Lumbalanästhesie, in 10 Fällen in Narkose vorgenommen. Kr.

Technisches.

Viele Kollegen haben gewiß bei der Vorbereitung einer subkutanen Injektion gewisse Uebelstände als störend empfunden. Ein solcher Uebelstand besteht darin, daß es, wenn man die Spritze aus einer gewöhnlichen Medizinflasche füllt, schwierig ist, ohne eine assistierende Person, welche die Flasche in die geeignete Lage zu bringen hat, die medikamentöse Flüssigkeit bis zum letzten Rest zu verwenden. Eine zweite Unbequemlichkeit macht sich geltend, wenn die Injektionsflüssigkeit, wie in vielen Fällen nötig, vor dem Gebrauch in zugeschmolzenen Ampullen aufbewahrt werden muß. Auch bei diesen benötigt man zum Halten des eröffneten Gläschens während der Füllung der Spritze einer Assistenz. Beide Schwierigkeiten hat neuerdings die Firma F. Hoffmann-La Roche & Co. (Basel-Grenzach) in einfacher Weise durch von ihr eingeführte **Neuerungen** beseitigt; die erste dadurch, daß sie der die Injektionsflüssigkeit (z. B. Secacornin) enthaltenden **Flasche** die in Fig. 1 dargestellte Form gibt. Die Flasche kann entweder horizontal gelagert oder, wenn es sich um die Verwendung des letzten Medikamentrestes handelt, mit Hilfe eines Klotzes, wie die Figur zeigt, oder einer sonstigen passenden Unterlage schräg gelagert werden. Die zweite Neuerung besteht darin, daß den Ampullen der in Fig. 2 dargestellte **Ampullenhalter** beigegeben wird, in den die geöffneten Ampullen hineingesteckt werden. Vermöge der Spitze am unteren Ende des Ampullenhalters kann dieser am offenen oder geschlossenen Karton, an der Tischplatte oder sonst einem geeigneten Gegenstand befestigt werden. T.

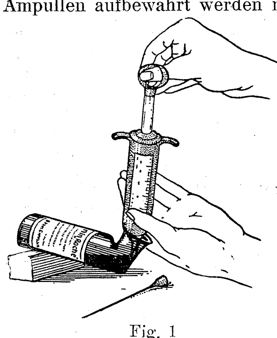


Fig. 1

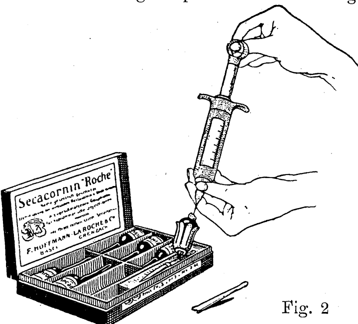


Fig. 2

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 20. Dezember 1911. (Schluß.)

Herr v. **Hansemann** weist auf die von ihm ausgestellten mikroskopischen Präparate der tumorkranken, mit dem Mittel behandelten Mäuse hin, aus denen hervorgeht, daß das Selen-Eosin tatsächlich in den Kernen der Tumorzellen in reduzierter Form als schwarzes Metall niedergeschlagen wird. Man erkennt, daß die Geschwülste eine weiche Beschaffenheit annehmen; untersucht man ein aus dem Brei entnommenes hartes Knötchen, so findet man in der Mitte des letzteren zerstörte Partien, am Rande erhaltene. An länger behandelten Geschwülsten ist kein einziger normaler Kern mehr aufzufinden. Die auch sonst beobachteten regressiven Zellveränderungen in den Mäusetumoren sind hier ins extremste gesteigert, erkennbar an dem Zerfallen der Kerne. Eine Resorption des Tumorbreies findet tatsächlich statt; einen großen Teil der Masse findet man in der Milz wieder in Form kleiner Chromatintropfen. Die Milz zeigt noch eine starke Anhäufung von Blutpigment; in die Lungen kommen die Massen nicht, sie werden offenbar in Milz und Leber restlos zerstört. In keinem einzigen der untersuchten Fälle hat Vortr. weder in der Milz noch in der Leber Geschwulstzellen gesehen, die noch eine biologische Vollwertigkeit besessen hätten. Die Gefahr der Metastasierung besteht also nicht. Einige Mäuse, die große Massen resorbiert haben, starben an den Folgen der Geschwulstheilung; man hat den Eindruck, daß bei langsamer Resorption die Mäuse am Leben zu erhalten gewesen wären. Bemerkenswert ist auch, daß unter dem Einfluß der Behandlung die Milz sich vergrößert und lymphatisch wird und daß auch in der Leber sich kleine Lymphome bilden, wie sie bei Menschen nach Infektionen auftreten und keine Bedeutung haben. Sonstige Organveränderungen sind nicht gefunden worden. Tumorfreie Mäuse, denen das Mittel injiziert wurde, zeigten nur Veränderungen in der Milz. Danach ist festzustellen, daß die beschriebenen Veränderungen auf Resorption der Geschwulstmassen und nicht etwa auf die schädliche Einwirkung des Mittels zu beziehen sind.

Auch Vortragender betont, daß die Mäusegeschwülste keine Krebse sind und auch nicht die geringste Aehnlichkeit zwischen beiden Tumorarten besteht; es wäre ein Verbrechen, hier von einem krebsheilenden Mittel zu reden. Das Mittel wirkt nur zerstörend auf die Mäusetumorzellen, weiter läßt sich nichts aussagen.

Herr G. **Klemperer**: In der Erwägung, daß es möglich sein dürfte, Geschwülste in elektiver Weise durch Mittel zu beeinflussen, hat K. in Gemeinschaft mit Emil Fischer eine Reihe von Stoffen bei Mäusetumoren versucht. Es zeigte sich, daß Selenrhodanid und Selenharnstoff einen Einfluß auf Tumoren ausübten. Die Versuche, die sich über ein Jahr schon erstrecken, sollen fortgesetzt werden; es handelt sich darum, möglichst lösliche und ungiftige Verbindungen zu finden.

Herr v. **Wassermann**: Die Mitteilung des Herrn Klemperer sei für ihn wertvoll, da sie beweise, daß er (v. W.) sich auf dem richtigen Wege befinde. Als Bestätigung könne er sie nur cum grano salis aufnehmen. Es fragt sich, ob die Substanz von der Blutbahn aus oder subkutan injiziert wurde. (Herr **Klemperer**: Subkutan!) Dann hätten jene Versuche mit den seinigen nichts gemein. Die wesentliche elektive Wirkung auf Tumorzelle und -kern gehe übrigens vom Eosin aus.

Sitzung vom 3. Januar 1912.

Schluß der Diskussion:

„Ueber das Magencarcinom."

Herr **Fedor Krause**: Der Grund dafür, daß die Erfolge nach Magenresektion so schlechte sind, liegt nach F.s Meinung darin, daß die Patienten relativ spät den Chirurgen aufsuchen, bei dem sie in einem häufig stark ausgebluteten Zustande ankommen. Aber auch in den Fällen, bei denen die Operation in etwa einer Stunde ausführbar ist, erleben wir, daß die Kranken den Eingriff gut überstehen, nach einigen Tagen aber doch zugrunde gehen. F. ist daher dazu übergegangen, die Operation zweizeitig vorzunehmen, und zwar erst die Gastroenterostomie, dann, nach 3—5 Wochen, wenn die Kranken sich erholt haben, die Resektion. Dadurch ist es ihm gelungen, bessere Resultate zu erzielen. Was die Dauerresultate der Magenresektion betrifft, so ist es nicht so schlimm, wie Herr Albu es dargestellt hat. Freilich gibt die Gastroenterostomie allein einen annähernd gleich guten Erfolg, sie verbürgt aber nur eine bessere Ernährung, während das Carcinom, die Krankheit selbst, unberührt bleibt. Die Kranken verlieren große Mengen Blut, die so leicht nicht zu ersetzen sind. Für das Magencarcinom ist die beste Therapie: möglichst frühzeitige und radikale Operation.

Herr **Adler**: Tatsache ist leider, daß alle Bemühungen, die Frühdiagnose des Magencarcinoms, sei es durch die Röntgenstrahlen, sei es durch die anderen biologischen Methoden, in befriedigender Weise auszubauen, bisher erfolglos geblieben sind. Ob die Gastroskopie einen Wendepunkt bedeutet, ist noch fraglich. Wenn auf Grund des Krankenmaterials die Tatsache sich ergeben hat, daß 70—80 pCt. der Magencarcinome latent bleiben, daß die Kranken erst mit dem ausgesprochenen Bilde des Carcinoms in Behandlung treten, so ist es klar, daß diese 80 pCt. für die Frage der Frühdiagnose ausscheiden; auch die übrigen 20—30 pCt. lassen es fraglich erscheinen, ob wir hinsichtlich der Frühdiagnose weiter kommen. Auch ist durch die bisher erzielten Operationsresul-

tate nicht erwiesen, daß die früh operierten ein günstigeres Resultat ergeben; das kann nicht verwundern, wenn man die verschiedenen Wachstumsarten des harten und weichen Magenkrebses bedenkt; es hängt der Erfolg auch von den anatomischen Verhältnissen ab und von den Umständen, ob der Tumor beweglich ist und ob er Verwachsungen besitzt. Boas hat die überraschende Tatsache mitgeteilt, daß nicht die früh operierten, sondern die später operierten Fälle ein besseres Resultat geben. Die überwiegende Mehrzahl derjenigen, die jenseits des 5.—6. Monats nach Beginn der Erkrankung operiert wurden, ergaben ein besseres Resultat. Die Stufenleiter der Malignität führt zu einer Art von Auslese insofern, als die bösartigen Formen zugrunde gehen. Eine Besserung der Operationsresultate ist nicht so sehr von der Frühdiagnose als von der besseren Auslese der Fälle zu erwarten.

Herr **Lehfeldt** berichtet über einen bemerkenswerten Fall aus seiner Praxis. Im Mai d. J. konsultierte ihn ein 69 jähriger Mann, der seit kurzem darüber klagte, daß er drei Stunden nach der Mahlzeit Kollern und Schmerzen in der Magengegend empfinde; auffallend war nur die innerhalb weniger Monate erfolgte Gewichtsabnahme um 20 Pfund. Die genaueste, auch röntgoskopische Untersuchung hatte ein absolut negatives Resultat. Trotzdem konnte man sich der Vermutung, daß es sich um einen malignen Tumor handle, nicht verschließen. Erst im September ergab die Röntgenuntersuchung in der Gegend des Pylorus eine Aussparung. Bei der nun unternommenen Operation fand sich ein großes Pyloruscarcinom, das bereits inoperabel war.

Herr **Rosenstein** führt mehrere Statistiken über die Dauerresultate der Magenresektion an, aus denen hervorgeht, daß die Operationsresultate lange nicht so ungünstige sind, wie es Albu geschildert hat.

Herr **Fränkel** erwidert Herren v. Bergmann und Levy-Dorn, daß man mit der Schirmbeobachtung in der Regel zwar dasselbe erreichen kann wie mit der Röntgenkinographie, bei uns handle es sich aber um besondere Fälle, wo die übrigen Methoden im Stich lassen. Die Schirmbeobachtung hat den Nachteil, daß sie ein zu natürliches Bild von der Bewegung der Magenwand liefert, wodurch das Sehgedächtnis versagt. — Das Wesentliche ist, daß wir mit der Kinographie weiter kommen, nicht so sehr in der Diagnostik als in der Operationsprognose.

Ueber die Schlafkrankheit in unseren neuerworbenen Gebieten.
(Mit Demonstration.)

Herr **Claus Schilling**: Vortragender schildert an der Hand einer Landkarte die Geographie des neuerworbenen Kongogebietes und beschreibt die Wege, auf denen sich die Schlafkrankheit verbreitet. Die Flußläufe sind es fast ausschließlich, an denen die Glossinen die besten Bedingungen für ihre Entwicklung finden, während die Steppengebiete im Norden von der Schlafkrankheit verschont sind. Neben der Glossina palpalis, als der wichtigsten Verbreiterin der Schlafkrankheit, kommt noch in Betracht die Glossina morsitans und auch die Glossina tachinoides. Zur Bekämpfung der Schlafkrankheit sind verschiedene Wege beschritten worden. Man kann die befallenen Individuen mit chemisch-therapeutischen Mitteln behandeln. Diese Behandlung mit Atoxyl und anderen Arsenikalien hat in Ostafrika relativ wenig günstige Erfolge gehabt, was darauf beruht, daß die Kranken erst im vorgerückten Stadium der Erkrankung den Arzt aufsuchen. Die ersten Erscheinungen, in Fieber und Kopfschmerzen bestehend, sind den Kranken kaum bemerkbar und hindern sie fast gar nicht in der Ausübung auch der anstrengendsten Tätigkeit. Bei Europäern, die eher den Arzt aufzusuchen in der Lage sind und daher frühzeitig in Behandlung treten, sind die Resultate der Chemotherapie größtenteils günstiger. Für die Behandlung der Eingeborenen ist das Arsen nicht die Waffe geworden, für die man es gehalten hat, da diese sehr schwer zu veranlassen sind, längere Zeit in Behandlung zu bleiben. Die Engländer haben ein Mittel angewandt, das nach ihren Berichten nicht ungünstig gewirkt haben soll; sie haben die ganze Bevölkerung an der Seeküste und den Ufern der Ströme in fliegenfreie Gebiete transportiert. Eine solche Maßnahme läßt sich nur ausführen, wo der Einfluß der Verwaltung ein sehr weitgehender ist. Eine dritte Methode besteht darin, daß man der Fliege ihre Schlupfwinkel entzieht, indem man die Pflanzungen an den Fluß- und Seeufern in weiter Ausdehnung vernichtet. Diese Maßnahme erfordert gleichfalls einen intensiven Einfluß der Verwaltung. Diese Erfahrung ist auch für das neuerworbene Gebiet zu verwenden. Die Aufgabe, die Schlafkrankheit in dem von ihr ergriffenen Gebiete zu bekämpfen, ist schwierig; es erfordert eine Riesenarbeit, die Ausrodung der Wälder vorzunehmen. Auch die Bevölkerung bietet Schwierigkeiten, indem sie sich den Maßnahmen widersetzen dürfte. Des weiteren wird die Einführung von Konzentrationslagern versucht werden müssen, was auch seine Schwierigkeiten hat.

Da die Schlafkrankheit bekanntlich eine Krankheit ist, die mit dem Handelsverkehr innig verknüpft ist, so wird es eine der wichtigsten Aufgaben sein, den Handel zu kontrollieren und ihn in bestimmte Bahnen zu lenken. So wird es sich ermöglichen lassen, erkrankte Gebiete zu schützen und die Krankheit einzudämmen.

Zum Schluß demonstriert Vortragender eine Reihe von Diapositiven, welche die Vegetation des Kongogebietes veranschaulichen und Eingeborene in den verschiedenen Stadien der Krankheit zeigen.

Diskussion:

Herr **Ziemann** spricht über die Verbreitung der Schlafkrankheit im Urwaldgebiet des alten Kamerun und schildert die großen Schwierigkeiten, die der Assanierung des Landes entgegenstehen. Die Gefahr, die vom Kongo kommt, liegt besonders darin, daß Frankreich und Belgien sehr wenig für die Bekämpfung der Schlafkrankheit tun. Er stellt die Forderung auf, daß die ärztliche Machtvollkommenheit erweitert werden müßte. Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.
(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)
Sitzung vom 8. Januar 1912.
Vorsitzender: Herr A. Fränkel.
Vor der Tagesordnung:

Zur Behandlung der spinalen Kinderlähmung.

Herr **Zinn**: Das kleine Mädchen hat in Rußland im dritten Jahre eine spinale Lähmung überstanden; es ist jetzt 8 Jahre alt und hatte eine völlige Parese des linken Beines zurückbehalten. Der Gang war sehr schlecht. Es hielt sich mit beiden Händen das linke Knie fest und setzte es hüpfend vorwärts; das war sehr anstrengend. Es konnte den Oberschenkel nicht heben, das Knie nicht strecken; dazu kam Spitzfußstellung; die Zehen waren stark dorsal flektiert; es ging nur auf den Ballen der Zehen. Martens (Bethanien) tenotomierte zunächst die Achillessehne und redressierte den Fuß; der Tensor fasciae latae wurde ebenfalls abgeschnitten, das Kniegelenk rechts und links durch Inzisionen freigelegt, desgleichen die Musculi Sartorius, gracilis und semitendi nosus; ihre Ansätze wurden durchschnitten, die Kniescheibe freigelegt und die Sehne des abgeschnittenen Tensor fasciae latae hindurchgezogen und am Ligamentum patellae und an ihrem Periost befestigt; es folgte ein Gipsverband mit Fenster. Nach 6 Wochen wurde er abgenommen. Das funktionelle Resultat ist ausgezeichnet. Das Kind kann das Bein in der Hüfte mit dem Tensor fasciae heben, allerdings rotiert es dasselbe dabei nach außen; es kann den Unterschenkel heben, aber nicht den Fuß. Die fehlende Dorsalflexion desselben wird durch Gummizug, der an der Wade befestigt ist, ersetzt. Der Gang ist jetzt gut und geschieht ohne Hilfe.

Ein Fall von Ulcus duodeni.

Herr **Ewald**: Das Präparat stammt von einem 50 jährigen Manne, der elend, halb benommen ins Spital kam. Es waren Darmblutungen vorhergegangen; es bestanden mäßige Schmerzen rechts unterhalb der Leber. Der Leib war weich und nicht empfindlich. Schon nach 2—3 Tagen ist Pat. gestorben. Es fand sich ein Ulcus duodeni 2 cm unterhalb des Pylorus, aus dem die Blutung in den Darm erfolgt war. Im Darm selbst fand sich bis zum Colon descendens keine Spur von Blut; nur im untersten Dickdarm lagen harte, dunkle Kotballen. Das klaffende Gefäß lag in dem callösen Rande. Daneben fand sich eine idiopathische Dilatation der Speiseröhre; dieselbe hatte bis zu 12 cm Durchschnitt.

Tagesordnung:

Die Vergiftungsfälle im städtischen Obdach.

Herr **F. Strassmann**: Bei allen beteiligten Faktoren war stillschweigend der Grundsatz aufgestellt worden, in dieser Sache, wo die menschlichen und humanitären Erwägungen bei weitem überwogen, rückhaltlos die Oeffentlichkeit zu unterrichten.

Bei solchen organischen Vergiftungen entscheidet mehr die Klinik und die Bakteriologie sowie die Chemie, nicht so sehr der Pathologe. Des Vortr. Tätigkeit war mehr negativ. Als am 27. v. M. die Furcht auftauchte, einer drohenden, schweren Infektion gegenüberzustehen, als das Obdach gesperrt, als Tausende nicht hinein-, Tausende nicht herausgelassen wurden, da war es entscheidend, als des Vortr. erste Leichenöffnung am 3. Feiertage bewies, daß keine Infektion vorlag. Vervollständigt wurde das Ergebnis erst durch die unmittelbar nachher vorgenommene Untersuchung auf Choleravibrionen. So wurde das Obdach bald wieder geöffnet. Das Verdienst gebührt den Herren vom Infektionsinstitut. Gewisse charakteristische Vergiftungen waren von vornherein auszuschließen, so Blausäure-, Arsen- und Kupfervergiftung, denn die Grünspanvergiftungen en masse gehören in das Reich der Fabel und lassen sich durch Botulismus erklären.

Die Vergiftung mit Methylalkohol bietet kein spezifisches Bild; sie hat wenig charakteristische Einzelheiten. Vortr. kam daher zu dem Ergebnis, daß einer Annahme von Fischvergif-

tung nichts entgegenstand. Der Mageninhalt zeigte im Tierversuch giftige, lähmende Eigenschaften, die dem Botulismusgift sehr ähnlich waren. Ein Bacillus ließ sich nicht züchten. Herr v. Wassermann hat in dem Serum eines lebenden Kranken ein Gift in geringen Mengen nachgewiesen. Nach dem 30. Dezember v. J. sind andere Anschauungen zur Herrschaft gelangt. Gegen Botulismus sprach, daß ein Teil der Kranken durchaus nichts von der verdächtigen Fleisch- und Fischkost gegessen hatte, daß alle Versuche mit den im Asyl aufgefundenen Resten der verdächtigen Substanzen im Institut für Infektionskrankheiten keinen Beweis der Giftigkeit der Bücklingsreste etc. erbrachten. Botulismusserum war erfolglos angewendet worden. Gerade in diesen Tagen dachte man an den Schnaps, z. B. Generalarzt Schjerning und der leitende Arzt des Obdachs Dr. Fischer dachten an Atropinzusatz. In der Tat hatten die meisten eine Schädlichkeit, einen Schnaps, aufgenommen, der eine sehr giftige Substanz, Methylalkohol, enthielt (Juckenack). Seitdem haben sich alle Untersucher davon überzeugt.

Auch jetzt bestehen noch einige Bedenken. Der Abfall der Zahl der Erkrankungen und der Todesfälle setzte schon ein, bevor der Schluß der beteiligten Kneipen erfolgte, wo der Schnaps verschenkt wurde. Eine Anzahl von Kranken hatte auch von diesem nichts genossen. Das wissenschaftliche Exempel geht aber nie ohne Rest auf. Andere Bedenken sind leicht zu beseitigen; der Methylalkohol ist ja auch anderen Destillationen geliefert worden. Aber hier hat niemand von einer großen Zahl von Vergiftungen erfahren. Immerhin hatten diese Lokale wohl ein besseres Publikum, das höhere Anforderungen stellt. Hier wurde hingegen reiner Methylalkohol gereicht und massenhaft genommen. Dazu kommt, daß in einer Reihe von Fällen in Leichenteilen Methylalkohol im Mageninhalt usw., Ameisensäure im Harn und in der Leber nachgewiesen wurde. Das geschah besonders im Kaiserlichen Gesundheitsamt.

Als charakteristisch für Methylalkoholvergiftung ist in 50 pCt. der Fälle die fast völlige Erblindung beobachtet worden, was in Amerika, Rußland und Ungarn schon bekannt war. Ist nun der Methylalkohol selbst oder sind seine Zerfallsprodukte das Schädliche? Nach v. Wassermann könnten sich im Magen-Darmkanal beim Eiweißabbau giftige Substanzen bilden, die dem Botulismusgift nahestehen. Der Tod tritt hier unter dem Bilde der Atemlähmung ein. Dabei fallen die flüssige Beschaffenheit des Blutes und die Lungenstarre, Erweiterung der Lungen, auf.

Auch die anatomische Untersuchung ist, nachträglich betrachtet, geeignet, diese Annahme zu stützen. Vortr. verfügt über 30 Sektionen. Auffallend war die Cyanose der oberen Körperteile, des Kopfes, der Conjunctiva und des Rachens. Das spricht für die Annahme einer Atmungslähmung. Dahin gehört auch wohl die Hyperämie der Hirnhäute; die helle Farbe des Blutes und auch der Totenflecken läßt an CO-Vergiftung denken. Dazu kam deutliche Bronchitis, besonders an der Bifurkation und in den unteren Bronchien saß eine große Menge Schleim. Der Magen-Darmkanal zeigte entzündliche Veränderungen, besonders Schwellung im Magen und oberen Dünndarm. Im Magen lag eine reichliche Schleimschicht. Auffallend war die starke Kontraktion des Darmes, besonders des Dickdarmes, bis zu Fingerdicke. Das Blut war zwar meistens überwiegend flüssig. Das spricht aber nur für die Lungenlähmung. Die Milz war klein.

Es waren durchaus nicht heruntergekommene, schwerkranke Leute, sondern vielfach kräftige, jugendliche Leute. Daher waren wohl die Erscheinungen des chronischen Alkoholismus nicht sehr erheblich. Nur 9 mal fand sich chronische Verdickung der Hirnhäute, seltener noch vorzeitige Arteriosklerose, nur in einzelnen Fällen Fettleber, nie Leberschrumpfung. In 32 Sektionen, die hierher gehören, war das wenigstens der Fall. Dagegen wurde einmal ein Schädelbruch mit Hirnblutung, ferner Sklerose der Coronararterie, Schrumpfniere mit Herzhypertrophie und Verwachsung des Herzbeutels als Methylalkoholvergiftung angesprochen. Man gewinnt den Eindruck nach allem, daß eine irritierende Substanz die wirkende Ursache war, welche nicht intensiv reizt oder ätzt. Häufig sah Vortr. intensive Gefäßfüllung der Schleimhaut der Blase. Das alles spricht für einen alkoholischen Körper. Es lassen sich mehrere Gruppen von Erkrankungen, geringere Grade scheiden, aber nicht zwei Gruppen verschiedener Prozesse auseinanderhalten. Das Bild ist einheitlich gewesen. Nach menschlichem Ermessen ist es wohl eine Vergiftung durch verfälschten Schnaps gewesen. Fraglich bleibt, wie das Gift wirkte.

Diskussion:

Herr Reg.-Rat Prof. Dr. **Juckenack** (a. G.): Wie ist die Vergiftung herausgekommen? Im Schnaps einer für die vorliegenden Fälle wichtigen Kneipe war tatsächlich Methylalkohol enthalten. Es konnte ja denaturierter Branntwein sein. Bei der Untersuchung der Kneipe wurde nur festgestellt, daß die Leute billigen Schnaps tranken. Es war ein Gemisch von Spiritus und Wasser; dazu kauften sie sich Sprit. Alle Essenzen gaben gar keine Anhaltspunkte. Es fiel aber auf, daß sehr billig Sprit bezogen war. Er stammte aus Charlottenburg. Festgestellt wurde, daß derselbe bedeutende Mengen Methylalkohol enthielt. Auch bei einem Drogisten wurde derartiger Branntwein gefunden. Er hatte in erheblichen Mengen acetonfreien Methylalkohol aus einer großen chemischen Fabrik bezogen. Die Mengen waren im Vergleich zu den gleichzeitig bezogenen Mengen Aethylalkohol recht erheblich. Der Drogist hatte zwei Drittel Methyl- und ein Drittel Aethylalkohol genommen. Im Dezember v. J. sind große Mengen Methylalkohol in den Verkehr gekommen. Ein erheblicher Teil desselben ist gerade in diese Kneipen gelangt, in denen die Asylisten verkehrten, die den Schnaps noch mit Sprit versetzten. Im Magen eines Verstorbenen wies R. Methylalkohol nach. Verschiedene Anzeigen über nicht aus dem Asyl stammende Fälle, auch solche, die vor dieser Zeit liegen, sind inzwischen eingegangen. Diese Fälschung ist einzig in ihrer Art. Bisher wurde in Berlin niemals festgestellt, daß solcher Schnaps in den Verkehr kam. Erhebliche Sehstörungen wurden regelmäßig gemeldet. Der Anreiz zur Fälschung ist leicht gegeben. Der Methylalkohol ist bedeutend billiger. Das nächste Oxydationsprodukt ist Formaldehyd, der vielleicht im Körper in statu nascendi giftig wirken könnte. Auch Drogisten haben darauf hingewiesen. Neuerdings wird er nämlich in großen Mengen zu kosmetischen Mitteln und Arzneimitteln verwendet.

Herr **Strassmann** (Schlußwort) sah häufig Oedem der Pia, zuweilen kleine Blutaustritte unter den Lungenüberzug. Die Harnblase war meist stark ausgedehnt. Es ist unwahrscheinlich, daß zwei verschiedene Gifte auf die gleiche Personengruppe wirken sollten.

Herr **Schwalbe** verliest eine ihm zugesandte Arbeit des Budapester Augenklinikers Grosz von 1910. Derselbe sah Personen, die Tee mit etwas Rum tranken, an Schwindel, Kopf- und Gliederschmerzen und sogar Bewußtlosigkeit erkranken. Die Sehstörungen steigerten sich bis zu völligem Mangel an Lichtempfindung. Gleichzeitig wurden massenhafte Branntweinvergiftungen festgestellt; in dem einen Falle gab es 70 Todesfälle. Als Ursache wurde Verfälschung mit Methylalkohol gefunden. Er nimmt an, daß Methylalkohol in geringen Dosen giftig wirken kann. Die letale Dosis ist noch geringer als 30 g. Die toxische Dosis beträgt nur 8 g. Einzelne Kranke hatten im Tee nur 1—2 Teelöffel Rum getrunken und mehrere von ihnen hatten gar keinen Alkohol bisher genossen.

Mode.

---

83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsruhe vom 24.—30. September 1911.

(Fortsetzung.)

Abteilung für Kinderheilkunde.

Berichterstatter: Prof. Dr. Tobler (Heidelberg).

5. Sitzung vom Montag, den 25. Septbr. 1911.

Vorsitzender: Herr Schlossmann (Düsseldorf).

Herr **Camerer** (Stuttgart): **Vererbung, Gedeihen und Schwinden eines Geschlechts nach mehrhundertjährigen Familienmitteilungen.**

Vortragender hat aus Aufzeichnungen seiner direkten Vorfahren, aus Familienarchiven und anderen Quellen interessante Daten über seine eigene Familie zusammengestellt. Dieselben geben u. a. Auskunft über Kinderzahl, Kindersterblichkeit, Heiratsalter, Morbidität und Mortalität im Laufe mehrerer Jahrhunderte.

Herr **Determann** (Freiburg-St. Blasien): **Ueber Hydro-Aero-Klimato-Therapie im Kindesalter.** (Referatthema.)

Referent sucht die Grundlagen einer rationellen physikalischen Behandlung aus der physiologischen Eigenart des Kindes abzuleiten. Diese kommt unter anderem in der relativen Schwäche der Regulierungsfähigkeit der kindlichen Zelle, dem großen Oberflächenvolumquotienten, der Zartheit der Schleimhäute zum Ausdruck. Auf den thermischen Reiz antwortet der Organismus unter Eintritt einer Reaktion, wobei die Tätigkeit aller Organe eine Aenderung erfährt. Wahl und Abstufung des thermischen Eingriffes müssen sich nach der Konstitution und der momentanen Reizempfänglichkeit richten. Wasser ist zur kürzeren, Luft zur längeren Anwendung geeignet. Die Leichtigkeit, mit der beim Kinde Schwankungen im Funktionsspiel herbeigeführt werden können, mahnt zu besonders sorgfältiger Dosierung. Kühle Prozeduren sind bei fieberhaften Erkrankungen wohl verwendbar, Packungen besser als Bäder. Bei Respirationserkrankungen eignen sich besonders warme Bäder mit kühler Uebergießung, bei Asthma und exsudativer Diathese kurze, heiße Tauchbäder. Zur allgemeinen Abhärtung sind Luftbäder vorzuziehen; für lebensschwache Säuglinge eignet sich die Freiluftliegekur. Die durch das Höhenklima veran-

laßten Anpassungen zu leisten ist der kindliche Organismus in besonderem Maße befähigt; schon Säuglinge vertragen ganz hohes Klima vorzüglich. Die Staub- und Keimarmut, die Kühle im Sommer, die reichliche Besonnung im Winter kommen dem Kinde besonders zustatten. Winterkuren im Gebirge sind in vielen Fällen von einschneidender Bedeutung.

Herr **Gmelin** (Wyk-Föhr-Südstrand): **Thalassotherapie des Kindesalters.** (Referatthema.)

Im wesentlichen wird die Nordsee als Repräsentant des ozeanischen Klimas in Deutschland behandelt. Sie vereinigt schonende und übende Faktoren; zu den ersteren gehören die Gleichmäßigkeit der Temperatur, die Feuchtigkeit und Reinheit der Luft, im Sommer die starke direkte und seitliche Belichtung, die Bewegung der Luft. Sie in erster Linie bewirkt die Tonisierung des ganzen Organismus. Ihr Angriffspunkt ist die Haut, deren Abkühlung den Stoffwechsel anregt, reflektorisch die Zirkulationsorgane kräftigt, deren Abstumpfung gegen Kältereize das Nervensystem beruhigt, deren funktionelle und anatomische Kräftigung abhärtet. Die Indikationen des Seeklimas umfassen die konstitutionellen Schwächezustände in ihren verschiedenen Formen und Folgen, besonders die der Prophylaktiker, die exsudative Diathese in der Form der Neigung zur Erkältung und Katarrhen, zu asthmatischer Bronchitis, zu Ausschlägen und Skrofulose. Von der eigentlichen Tuberkulose gehören in das Seeklima die chirurgische Tuberkulose, von den Lungenerkrankungen nur die fieberfreien Anfangsstadien. Mehr benützt wird allmählich die See für nervöse Kinder. Voraussetzung für eine erfolgreiche Kur bei konstitutionellen Leiden ist ein längerer Aufenthalt, bei dem daher Gelegenheit zum Unterricht geboten werden muß. Auch funktionelle Schwäche der Verdauungs- und Zirkulationsorgane werden sichtlich gebessert. Das Seeklima kann daher als Tonicum angesehen werden, das zurückgebliebene Organe zur Entwicklung ansporni, abnorme Stoffwechselvorgänge zurechtbringt. Es soll aber wenigstens für kranke Kinder als differentes, wohl abzuwägendes Medikament betrachtet werden.

Diskussion:

Herr **Hecker** ist in manchen Einzelfragen anderer Ansicht; Abhärtungsprozeduren hält er für zwecklos, vermißt die Erwähnung verschiedener hydrotherapeutischer Prozeduren, spricht für den Wert der Luft- und Sonnenbäder.

Herr **Feer** erwähnt den günstigen Einfluß des Höhenklimas auf die Rachitis.

Herr **Pauli** macht auf Unterschiede zwischen Nord- und Ostsee aufmerksam; mit Bronchitiden hatte er an der Nordsee bessere Erfolge.

6. Sitzung vom Dienstag, den 26. Septbr. 1911.
Vorsitzender: Herr Feer (Heidelberg).

Herr **Dieterle** (Zürich): **Zur Pathologie des infantilen Myxödems.**

Die Untersuchung der Halsorgane in kontinuierlicher Serie bei einem ausgeprägten Fall von Myxödem ergab vollständiges Fehlen des linken Lappens, Umwandlung des rechten in eine Struma nodosa colloides mit äußerster Atrophie des nicht strumösen Randgewebes. Die schon vom ersten Jahre an bestehenden klinischen Erscheinungen von Hypothyreosis besserten sich im 2. Dezennium spontan mit dem Anwachsen der Struma; vielleicht darf diese als ein Anlauf zur kompensatorischen Hypertrophie aufgefaßt werden.

Die Rekonstruktion der gesamten Serie führte zur Auffindung eines vollkommen ausgebildeten, zur hinteren Fläche des Zungenbeins hinabführenden Ductus lingualis. Bei eingehenden kritischen Studien bezüglich der Auffassung dieses Gebildes ergab sich dem Vortr., daß der als „Ductus thyreoglossus“ bezeichnete Kanal mit der Schilddrüse nichts zu tun hat, sondern einem Konvolut rudimentärer Speicheldrüsen angehört, das sich manchmal noch in der Umgebung des Zungenbeines ausbildet.

Herr **Rohmer** (Cöln): **Ueber das Elektrokardiogramm des Diphtherieherztodes.**

R. hat zum ersten Male versucht, die Frage, inwieweit Schädigungen des Reizleitungssystems für die schweren diphtherischen Herzstörungen in Betracht kommen, mit Hilfe des Saitengalvanometers zu lösen. Er teilt die Elektrokardiogramme von drei Fällen mit, von denen in einem völlige atrioventrikuläre Dissoziation bestand. In den beiden anderen ist eine solche einmal fast sicher anzunehmen, das andere Mal unwahrscheinlich: da jedoch beide Male infolge der angewandten Ableitung I die Vorhofzacken auf der Kurve nicht zum Ausdruck kamen, so sind sie für die Entscheidung der gestellten Frage nicht mit Sicherheit zu verwerten.

In allen drei Fällen zeigt die Ventrikelschwankung ganz ungewöhnliche, in ihrer Form wechselnde Kurven. Dieselben gewähren einen Einblick in die durch die schwere Schädigung des Myokards bedingten Störungen im Ablauf der Ventrikelkontraktion. Diese stellen wahrscheinlich die wesentliche, in allen Fällen vorhandene Form der diphtherischen Herzschädigung dar, zu welcher unter Umständen eine solche des Reizleitungssystems sehr erschwerend hinzutritt.

Herr **Cron** (Heidelberg): **Anlage und Durchführung heilpädagogischer Spezialübungen.**

Vortr. erörtert die im anormalen Empfinden und Urteilen heilpädagogisch bedürftiger Jugendlicher begründete Schwierigkeit der ärztlich-pädagogischen Feststellungen, betont den Zusammenhang aller Störungen mit der Organisation und Funktion des Zentralorgans und die Möglichkeit der Einwirkung von außen, insbesondere bei den Hauptgruppen, d. i. bei den Komplikationen der geistigen Mängel mit Gebrechen des Sprachorgans und der Gliedmaßen, und behandelt als hervorzuhebende Heilwege die Regelung der Gesamternährung und der Durchblutung, die Schaffung von der Uebung günstigen Affekten durch Bevorzugung des Willensmomentes und die soziale Betonung der Uebungsarbeit durch Vergesellschaftung der Uebungen mit Wertarbeit, durch welche die Individualisierung nicht nur nicht leiden müsse, sondern erheblich vertieft werden könne.

Herr **Schlesinger** (Straßburg): **Neueres aus der schulärztlichen Tätigkeit.**

Die Anstellung von Schulärzten an Gymnasien und Realschulen ist kaum weniger notwendig als an den Volksschulen. Blutarmut und neuropathische Konstitution finden sich hier viel häufiger, ohne indes, wie die eigentlichen Schulkrankheiten, im Laufe der Schuljahre zuzunehmen. Volle Beachtung verdient schon die ganz geringe Kurzsichtigkeit der Lernanfänger; aus ihr entwickelt sich unter dem Schuleinfluß die hochgradige Kurzsichtigkeit. In bezug auf Gewicht, Länge, Gesamtkonstitution übertreffen die Insassen der höheren Schulen die Volksschulen beträchtlich.

Bewährt hat sich die ehrenamtliche Anstellung freiwilliger Schulpflegerinnen aus den Kreisen der höheren Stände, welche heilbedürftige Schulkinder gleichgültiger Eltern besuchen und sie nötigenfalls dem Arzt zuführen. Dieselbe Kategorie von Kindern wird zur Behandlung in die Schulpoliklinik bestellt, welche für solche Kinder unentbehrlich ist, die sonst der Behandlung nicht zugeführt werden.

Diskussion:

Die Herren **Czerny, Siegert** und **Pauli** wenden sich gegen das Institut des Schularztes an höheren Schulen und gegen den Mißbrauch der Polikliniken. Ersterer protestiert gegen die Lehre von den sogen. Schulkrankheiten; es gibt nur „Krankheiten der Schulkinder“; besonders deplaciert ist der Ausdruck bei der Skoliose.

Herr **Falkenheim** ist hierüber anderer Ansicht.

Abteilung für Chirurgie.

2. Sitzung vom Dienstag, den 26. Sept., nachm.
Vorsitzender: Herr Rehn (Frankfurt a. M.).

Vor der Tagesordnung:

Herr **Katholicky** (Brünn) demonstriert eine Reihe von Diapositiven interessanter Röntgenbilder und Photographien von komplizierten Frakturen und von selteneren Knochen- und Gelenkaffektionen.

Tagesordnung:

Herr **Stoffel** (Heidelberg): **Zur Chirurgie der peripheren Nerven.** (Mit Demonstrationen.)

S. berichtet über eine neue Operationsmethode, die er bei cerebraler Hemi- und Diplegie zur Beseitigung der Spasmen anwandte. Um die das Muskelgleichgewicht störenden Muskelspasmen zu beseitigen, greift Stoffel an den motorischen Nerven selbst an. Er geht dabei von der Erwägung aus, daß ein Muskel kein einheitliches Gebilde, sondern eine Summe von Muskelkomplexen darstellt, von denen jeder von einem Zweig des motorischen Nerven versorgt wird. Will man nun die Gesamtenergie des Muskels verringern, so erreicht man das durch Ausschalten einzelner Muskelkomplexe, indem man die motorischen Nervenfasern der betreffenden Komplexe reseziert. Die Resektion wird an verschiedenen Stellen je nach den anatomischen Verhältnissen ausgeführt: an den Endzweigen des Muskelastes, an dem Muskelast selbst oder an den betreffenden großen Extremitätennerven.

Nach der Operation sind die Muskelgebiete der betreffenden durchschnittenen Nervenfasern paralytisch. Die anderen Komplexe bleiben funktionstüchtig, können aber jetzt nicht mehr die Antagonisten übertönen. Die Antagonisten werden außerdem, als zweiter Akt der Behandlung, durch Massage Uebungen usw. gekräftigt. Unbedingt erforderlich für Erfolg der Operation ist eine exakte Dosierung der partiellen Resektion der Nervenbahnen. Stoffel führte die Operation bisher an 9 Kindern aus bei spastischen Kontrakturen: 11 mal der Plantarflexoren des Fußes, 1 mal der Mm. tibial. antic. und postic., 3 mal des M. flexor digitor. pedis, 2 mal der Kniebeuger, 3 mal des M. quadriceps, 5 mal der Adduktoren, 5 mal der Pronatoren der Hand, 1 mal der Pronatoren und Flexoren der Hand, 1 mal der Hand- und Fingerbeuger.

Diskussion:

Herr **Vulpius** (Heidelberg) weist ebenfalls auf die guten Erfahrungen hin, die sie mit dieser Operation erzielt haben, und betont die Ungefährlichkeit des Eingriffes, besonders gegenüber der Försterschen Operation, und den raschen Erfolg.

Herr **Müller** (Rostock) frägt, ob die Trennung der motorischen Bahnen von den sensiblen immer leicht sei und ob keine sensiblen Störungen nach der Operation eintreten.

Herr **Perthes** (Tübingen) empfiehlt die elektrische Reizung intra operationem, die er auch bei der Försterschen Operation zur Trennung der motorischen Wurzeln von den sensiblen verwendet.

Herr **Schmieden** (Berlin) fragt an, ob nicht Regeneration der Nervenbahnen oder vikariierende Hypertrophie der in Nervenverbindung gelassenen Muskelkomplexe eintritt.

Herr **Kölliker** (Leipzig) hofft, daß die Anatomie der Nervenbahnen in den einzelnen Nerven dadurch gefördert wird.

Herr **Stoffel** macht ebenfalls die elektrische Reizung intra operationem, hat sensible Störungen nicht gesehen und glaubt nicht, daß Regeneration möglich ist.

Herr **O. Vulpius** (Heidelberg): a) **Ueber die Heilung der angeborenen Hüftverrenkung.**

Die kongenitale Hüftverrenkung ist in der Mehrzahl der Fälle anatomisch heilbar, wir wissen aber noch wenig über den Heilverlauf. Das von Vortr. untersuchte Präparat einer 3 Monate zuvor reponierten Hüftluxation zeigt eine vorzügliche Wiederherstellung der Kapselverhältnisse, während die Pfanne nur zum kleinsten Teil Knorpelüberzug aufweist.

b) **Ueber die Heidelberger Plattfußeinlage.**

Plattfußeinlagen müssen individuell hergestellt werden; Fabrikware ist minderwertig. Es gibt kein Modell, das allen Anforderungen entspricht, das nämlich leicht anzupassen und doch formbeständig, haltbar und reinlich und von geringem Gewicht ist. Die von Vortr. tausendfach erprobte Einlage besteht aus einer doppelten Ledersohle, in welcher Längs- oder Querfedern befestigt sind. Die Einlage faßt und stützt den Fuß sehr sicher, sie läßt sich jederzeit beliebig formen, erlaubt elastischen Gang, vereinigt also alle verlangten Qualitäten.

Diskussion:

Herr **B. Baisch** (Heidelberg) demonstriert das Modell der Einlage, wie sie sich seit mehreren Jahren an der orthopädischen Ambulanz der chirurgischen Klinik in vielen, besonders den schweren Fällen bewährt hat. Sie entspricht im wesentlichen dem Langeschen Modell, nur verwendet Baisch Trikot statt der Gurten. Besonderer Wert wird auf das Unterlegen von abgeschrägtem Linoleum gelegt, wodurch die Valgusstellung in individuellem Maße beseitigt werden kann. Da die Valgusstellung meist das die Schmerzen bedingende Moment ist, so ist gerade hierfür der Erfolg der Einlagen besonders günstig.

Herr **W. K. Röpke** (Jena): **Ueber Verwendung frei transplantierter Fettlappen.**

R. hat in einem Fall von Fingergelenkankylose mit gutem Erfolg frei transplantiertes Fett verwendet und sieht den Vorteil gegenüber anderem Material darin, daß es immer von dem gleichen Patienten in ausreichendem Maße zu haben ist. Wichtig ist: genaueste Blutstillung, Vermeidung alles Quetschens des Lappens, vollkommener Schluß der Gelenk- und Hautwunde. Auch bei Arthritis deformans hat R. die freie Fettransplantation mit Erfolg verwendet. Vom 5. Tage ab aktive und passive Bewegungen. Die experimentellen Versuche des Vortr. haben ergeben, daß Fettlappen desselben Tieres immer einheilten.

Diskussion:

Herr **Vulpius** (Heidelberg) sah bei gestielten Fettlappen doch Nekrose und Fisteln auftreten, er empfiehlt daher zur Interposition gestielte Fascien- oder Muskellappen.

Herr **Katholicky** (Brünn) hat mit gestielten Fascienlappen ebenfalls nur gute Resultate erzielt; es darf vor allem der Fascienlappen nicht gespannt sein.

Herr **Lipburger** (Bregenz) hatte ebenfalls bei Ellbogengelenk gute Resultate mit Fascientransplantation.

Herr **Wilms** (Heidelberg) warnt vor doppelt gelegten Lappen, womit er einmal völligen Mißerfolg erlebte.

Herr **Vulpius** (Heidelberg) macht, um Quetschung des Lappens zu vermeiden, für 14 Tage Extensionsverband.

Herr **Müller** (Rostock) fragt, ob Fettlappen nicht resorbiert werden.

Herr **Röpke** (Schlußwort) glaubt, daß bei Einhalten der von ihm genannten Vorsichtsmaßregeln die Fettlappen immer erhalten bleiben. Fisteln sah er nie.

Herr **Ledderhose** (Straßburg): **Ueber Rippentiefstand.**

Es gibt einen Tiefstand der Rippen, der durch pathologische Verkürzung der Lendenwirbelsäule, ohne Verkrümmung derselben, bedingt ist. Die Ursache besteht in Verminderung der Höhe der Zwischenwirbelscheiben und der Wirbelkörper selbst. Dieser Prozeß ist typisch für die Spondylitis deformans. Während die Verbindungslinie der beiderseitigen Epikondylen des Humerus normalerweise über der Verbindungslinie der beiderseitigen Beckenkämme steht, fällt sie dann unter dieselbe, und in schweren Fällen stehen die Rippen direkt auf dem Becken auf. L. hat 300 Männer der verschiedensten Altersklassen untersucht und nur selten normale Wirbelsäule gefunden; mit zunehmendem Alter wurde der Rippentiefstand häufiger, teils als rein senile Erscheinung, teils als Symptom beginnender Spondylitis deformans. Das Röntgenbild gibt darüber Aufschluß. Für die Unfallgesetzgebung ist die Spondylitis deformans wichtig, da sie häufig Ursache der nach kleinen Traumen bestehen bleibenden Rückenschmerzen ist.

Herr **Gutsch** (Karlsruhe):

a) stellt zwei Geschwister mit **kongenitaler Hüftluxation** vor, die in England nur mit Apparaten und ganz unbefriedigendem Erfolg behandelt worden waren;

b) demonstriert ein Präparat von **Totalluxation des Femur im Kniegelenk** nach hinten. Wegen Zerreißung der Poplitealgefäße, nicht der Nerven, amputiert;

c) demonstriert apfelgroßen **Urethralstein**, der vom Patienten 43 Jahre getragen worden war.

Herr **Haim** (Budweis): **Kombinierte Narkose mit Pantopon-Skopolamin.**

Zwei Errungenschaften haben auf dem Gebiete der Narkose Fortschritte gebracht: erstens das Gesetz von der kumulierenden Wirkung kleiner polyvalenter Gemische der Narkotica, zweitens die Darstellung des Pantopons, das die sämtlichen Opiumalkaloide an HCl gebunden ohne Beimengung indifferenter Stoffe enthält. Das Pantopon wurde teils allein, teils in Verbindung mit Skopolamin vielfach zu Narkosezwecken verwendet. Um eine intensivere Wirkung dieser Injektionsnarkose zu erzielen, hat Klapp eine Verkleinerung des Kreislaufs durch Stauung der Extremitäten eingeführt. Mit dieser Methode wurden jedoch von verschiedenen Autoren schlechte Resultate erzielt und Vortragender erblickt in der Tendenz, mit dieser Injektionsnarkose allein eine vollkommene Anästhesie erzielen zu wollen, einen zweifachen Nachteil: Erstens ist jede Injektionsnarkose gefährlicher als eine Inhalationsnarkose, weil die einmal injizierte Menge des Narkoticums nur langsam aus dem Körper eliminiert werden kann, während man bei der Inhalationsnarkose jederzeit mit der Darreichung aufhören kann, wenn etwa Symptome von Ueberdosierung auftreten; zweitens verzichtet man bei der Injektionsnarkose auf den obengenannten Vorteil der kumulierenden Wirkung der Mischnarkose. Vortr. hat daher in seinen Fällen Pantopon-Skopolamin verwendet und je nach Bedarf Aether oder Billrothmischung als Inhalationsnarkose hinzugefügt. Der Vorteil dieser Kombinationsnarkose besteht darin, daß man mit viel kleineren, also ungefährlichen Gaben eine größere Wirkung erzielen kann, und daß die bekannte Wirkung des Pantopon-Skopolamin ausgenützt wird.

Diskussion:

Herr **Finsterer** (Wien) hebt hervor, daß sie an der Klinik Hochenegg mit Vorteil Morphium-Skopolamin mit Aether verwenden; dann aber tritt er sehr für die Lokalanästhesie ein, die auch in der Magenchirurgie vorzügliche Dienste leistet.

Herr **v. Beck** (Karlsruhe) wendet seit längerer Zeit nur Morphium-Skopolamin-Chloroform mit sehr gutem Erfolge an. Pantopon scheint ihm gegenüber Morphium keinen Vorteil zu bieten.

Herr **Rehn** (Frankfurt) hält Pantopon doch für ungiftiger als Morphin, sah aber doch schon bei 0,04 Pantopon einmal Vergiftungserscheinungen auftreten.

Herr **Vorschütz** (Cöln): **Die Bedeutung der hyperästhetischen Zonen bei Schädel- und Gehirnverletzungen für die Unfallkunde.**

Die Hyperästhesien kommen außer bei Entzündungen im Schädelinnern und Schädelschüssen auch bei Schädelbasisbrüchen und Gehirnerschütterungen vor. Bei letzteren Verletzungen bedeuten sie ein wichtiges Argument für noch bestehende Reize im Schädelinnern und sind deshalb für die Begutachtung solcher Fälle von ausschlaggebender Bedeutung. Die Entstehung geschieht auf dem Wege des sympathischen Nervensystems, welches durch Rami communicantes mit den peripheren Nerven verbunden ist. Durch das Ganglion cervicale supr. gehen die vier oberen Cervicaläste, wodurch sich die genaue Abgrenzung in der Höhe des 6. Halswirbeldornfortsatzes erklärt. Springt der Reiz auf das Gangl. cervical. II über, so tritt auch in den Cervicalsegmenten V—VII Hyperästhesie auf. Die Intensität kann verschieden sein. Die Grenze ist exakt bestimmt. Bei einseitiger Schädel- oder Gehirnverletzung tritt die Hyperästhesie auch nur einseitig auf, woraus wichtige Vorteile für eine sichere Diagnose erwachsen. Die Prüfung geschieht am besten durch Bestreichung mit einer Nadel. So lange Hyperästhesie besteht, sind die Klagen über Kopfschmerzen berechtigt. Die Dauer derselben kann sich über Jahre erstrecken, so daß es nicht angängig ist, derartig Verletzten nach 1½—2 Jahren die Rente zu entziehen.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Bücherschau.

Taschenbuch der Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Therapie an den Berliner, Wiener u. a. deutschen Kliniken. Herausgegeben von Dr. **M. T. Schnirer.** 8. vermehrte Auflage. Würzburg 1912, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag).

Das bewährte Taschenbuch ist auch diesmal in dankenswerter Weise durch die therapeutischen Neuerscheinungen des Jahres 1911 ergänzt worden. Hierzu gehört vor allem die Salvarsanbehandlung der Syphilis, welche eingehend berücksichtigt worden ist. Aber auch neuerdings studierte Krankheitsbilder und ihre Therapie haben gebührende Berücksichtigung gefunden. Die Ausstattung ist die bisherige geblieben.

v. Ziemssens Rezepttaschenbuch für Klinik und Praxis. 9., mit Berücksichtigung des deutschen Arzneibuches 1910 neubearbeitete Auflage. Von Prof. **H. Rieder.** Leipzig 1911, Georg Thieme. 284 S.

Den Hauptteil des Taschenbuches bildet die spezielle Arzneiverordnung. In ihm findet sich eine übersichtliche Darstellung der Eigenschaften der einzelnen Arzneimittel sowie ihrer Anwendungsweise und Indikationen. Ihr vorangestellt sind Ratschläge für die Verschreibungsweise in der Praxis elegans, sowie zum Billigordinieren. Weitere Abschnitte enthalten die Maximaldosen, ferner Mittel zur subkutanen und rektalen Injektion, zur Einblasung in die Nase, zum Gurgeln, zur Blasenausspülung, zur Spülung der Vagina etc. In weiteren Abschnitten sind Vorschriften zur Herstellung medikamentöser Bäder, Zusammenstellung von Heilquellen etc. gegeben. Kurz, der Inhalt des Kompendiums, an dem außer dem Verf. die Herren Kollegen Neger und Reuter mitgearbeitet haben, ist ein ungemein reichhaltiger. Die Ausstattung des Taschenbuches ist geschmackvoll und handlich, so daß es, seinem Zweck entsprechend, jederzeit mitgeführt werden kann. H. L.

Leitfaden des Röntgenverfahrens. Herausgegeben von Ingenieur **Friedrich Dessauer** und Dr. med. **B. Wiesner.** Mit 131 Abbildungen und 4 Tafeln. 4. vermehrte und umgearbeitete Auflage. Leipzig 1911, Otto Nemnich.

In verhältnismäßig kurzer Zeit ist dies Werk bereits zum vierten Male neu aufgelegt worden, ein Beweis der Beliebtheit, die es in Aerztekreisen genießt. Der Inhalt der neuen Auflage ist im wesentlichen derselbe geblieben, wie derjenige der früheren Auflagen. Auch diesmal sind die physikalischen Grundlagen des Verfahrens in einer für den Mediziner faßlichen Weise dargestellt, demnächst die Technik des Verfahrens in allen seinen Einzelheiten in mustergültiger Weise abgehandelt und auf die Haupttypen der einzelnen Apparate, ihre Vorzüge und Nachteile Bezug genommen. Weiterhin werden die Anwendungsmöglichkeiten in den einzelnen Abschnitten der Medizin und Chirurgie vom diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkte der Reihe nach mit größter Ausführlichkeit besprochen. Den Kollegen, welche das Röntgenverfahren als diagnostische oder therapeutische Methode häufiger zu üben in der Lage sind, kann die Anschaffung dieses Leitfadens, dessen spezialistische Abschnitte z. T. von den berufensten Vertretern bearbeitet sind (wir erwähnen Hildebrand, Hoppe, Holzknecht u. a.) nur aufs wärmste anempfohlen werden. L.

Das Röntgenverfahren in der Chirurgie. Mit 55 Figuren auf 4 Tafeln und 17 Figuren im Text. Von Dr. **Alban Köhler** (Wiesbaden). Berlin 1911, Hermann Meusser.

In dieser Monographie, welche den ersten Band einer Bibliothek der medizinischen Techniken bildet, schildert Verf. sehr anschaulich die Bedeutung, welche das Röntgenverfahren für die Chirurgie im Laufe der wenigen Jahre seit seiner Entdeckung erlangt hat. In 13 Kapiteln bespricht Verf. zunächst die Geschichte, Technik und sodann den Nutzen, welchen das Verfahren bei der Auffindung von Fremdkörpern, bei der Diagnose von Luxationen und Frakturen, und schließlich bei den Erkrankungen der einzelnen Organe für die Diagnostik stiften kann. Selbstverständlich macht Verf. in ausgiebigster Weise auf die technischen Hilfsmittel, die zur Vermeidung der gerade beim Röntgenverfahren so häufigen diagnostischen Irrtümer angegeben sind, aufmerksam, wobei er seine eigenen umfangreichen Erfahrungen heranzieht. In einem kurzen Schlußkapitel wird dann noch die Röntgentherapie besprochen. Eine wertvolle Unterstützung für das Verständnis des Lesers bilden die vier Tafeln, welche in anschaulicher Form Reproduktionen von Röntgenbildern der verschiedensten Organe geben. —n.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Schwerin. Der Mecklenburgische Aerztevereinsbund hat eine neue **Standesordnung** aufgestellt.

Marienbad. Das **Aerzteheim** (ärztliches Erholungsheim) in Marienbad hat soeben seinen ersten Verwaltungsbericht veröffentlicht. Wir entnehmen demselben, daß im ganzen 32 Aerzten (einschließlich der begleitenden Ehefrauen 50 Personen) die Wohltaten der neuen Institution zugewendet werden konnten, von denen 11 deutsche Reichsangehörige waren, 7 der letzteren Benefiziaten des Leipziger Verbandes. Im laufenden Jahre werden vom 1. Mai bis 30. September im ganzen 60 Plätze den Kollegen zur Verfügung stehen, von denen in jedem Monat 3 dem Leipziger Verbande vorbehalten sind. Da von den Kosten des Aerzteheims noch ca. 18 000 M. ungedeckt sind, so können sich die Kollegen und kollegialen Vereine durch Beitragsleistungen, Sammlungen etc. um die Sicherung und das Gedeihen der Institution verdient machen. Nähere Auskunft erteilt der Obmann des Aerzteheims Dr. Alois Grimm in Marienbad.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Würzburg. An Stelle des verstorbenen Prof. Dr. Ph. Stöhr ist der bisherige Extraordinarius der topographischen Anatomie Hofrat Prof. Dr. med. Oskar Schultze, vom 1. März 1912 an zum ordentlichen Professor der Anatomie an der hiesigen Universität ernannt worden. Er ist ein Sohn des 1874 in Bonn verstorbenen Anatomen Max Schultze und Enkel des 1877 verstorbenen Greifswalder Anatomen K. A. S. Schultze, die beide ebenfalls das Ordinariat erreichten. Ein Oheim von Oskar Schultze ist der jetzt im Ruhestande lebende Jenenser Gynäkologe Prof. Bernhard S. Schultze. Prof. Oskar Schultze selbst ist 1859 geboren, seit 1888 in Würzburg habilitiert und bereits über 20 Jahre außerordentlicher Professor gewesen.

Innsbruck. Der emeritierte Professor der medizinischen Chemie Dr. Wilhelm Franz Loebisch ist im Alter von 72 Jahren gestorben. Nachdem er 1863 sein medizinisches Studium in Wien beendigt hatte, war er zunächst einige Jahre als Arzt tätig gewesen, u. a. 1866 als Korvettenarzt der österreichischen Marine und 1870/71 als freiwilliger Chirurg beim deutschen Heere. Schon im Jahre vorher hatte er unter Hoppe-Seyler in Tübingen medizinisch-chemische Studien getrieben, die er dann 1871 in Innsbruck als Assistent von Maly wieder aufnahm. 1874 siedelte er dann nach Wien als Assistent des mehrere Jahre jüngeren E. Ludwig über, habilitierte sich dort 1876 für medizinische Chemie, wurde 1878 als Extraordinarius dieses Faches nach Innsbruck berufen und 1882 zum ordentlichen Professor befördert. Vor 2 Jahren trat Loebisch nach dem österreichischen Universitätsgesetz in den Ruhestand. Besonders bekannt geworden ist von seinen Publikationen die mehrmals aufgelegte „Anleitung zur Harnanalyse". Auch eine medizinische Zeitschrift, die Vorgängerin der jetzigen „Therapie der Gegenwart", hat Loebisch eine Reihe von Jahren hindurch redigiert.

Prag. Für Pathologie haben sich an der deutschen Universität die Herren Dr. Hugo Pribram und Dr. Franz Bardachzi habilitiert.

Basel. Dr. med. Ernst Eltner wurde als Lektor für Zahnheilkunde in der medizinischen Fakultät der hiesigen Universität zugelassen.

Zürich. Der emeritierte Dozent der Zahnheilkunde Prof. extraord. Dr. H. J. Billeter ist im Alter von 77 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

München. Die 26. Versammlung der **Anatomischen Gesellschaft** findet hier vom 21. bis 24. April statt. Tagesordnung: Einige Probleme der Organisation in neuer Beleuchtung (Teilkörpertheorie und Theorie der morphologischen Reihen.) Ref.: M. Heidenhain (Tübingen). — Ueber den gegenwärtigen Stand der Lehre von der Eireifung. Ref.: Lubosch (Jena). Alles Nähere durch den Schriftführer Prof. v. Bardeleben (Jena).

London. Der **17. internationale medizinische Kongreß** wird vom 6. bis 12. August 1913 in London stattfinden. Präsident des Kongresses wird Sir. Thomas Barlow sein, Schatzmeister die Herren Sir Dyce Duckworth und G. H. Makins, Präsident des Exekutivkomitees Sir Alfred Pearce Gould und Generalsekretär W. P. Herringham. Mitgliedsbeitrag, wie üblich, 20 M., für Familienmitglieder die Hälfte. Die Beitrittserklärung ist möglichst bald zu richten an den Schatzmeister, 13 Hindestreet, London W. Ein deutsches

Reichskomitee unter Vorsitz Waldeyers ist in Bildung begriffen.

Boston. Auf der Versammlung des **9. internationalen Otologenkongresses,** welcher in der mit dem 12. August 1912 beginnenden Woche in den neuen Gebäuden der medizinischen Fakultät der Harvard-Universität in Boston, Massachusetts, U. S. A., stattfinden soll, werden drei **Preise** zur Verteilung gelangen, über welche die internationale Jury zu verfügen hat: der Lenval-Preis, der Adam Politzer-Preis und der Cozzolino-Preis; die beiden ersten für das beste veröffentlichte Werk über Anatomie, Physiologie und Pathologie der Gehörorgane, letzterer für das beste veröffentlichte Werk über Anatomie und Pathologie der Gehörorgane und über klinische Therapie. Bewerber um diese Preise wollen sich mit dem Vorsitzenden der Jury, Herrn Prof. Dr. Adam Politzer, Wien, Gonzagagasse 19, in Verbindung setzen und wenigstens 6 Monate vor Eröffnung des Kongresses das zum Wettbewerb bestimmte Werk an ihn einsenden.

Gerichtliches.

Leipzig. Ein im Jahre 1905 entstandener Zivilprozeß, der sich an den **Krankenkassenkonflikt in Remscheid** anschloß, beschäftigt noch immer die Gerichte. Die acht Remscheider Krankenkassenärzte, die im September 1905 wegen ihrer Ansicht nach unwürdiger Behandlung durch den Kassenvorstand (Bevormundung bei der Rezeptverschreibung, Zumutung, die Tätigkeit eines Heilgehilfen ev. durch ihre Unterschrift zu decken, Verfügung von Wohnungsänderung etc.) ihre Stellen niedergelegt und dadurch die Kasse zur Einführung der freien Arztwahl genötigt hatten, waren deswegen von der Ortskrankenkasse auf Ersatz des ihr angeblich dadurch entstandenen Schadens von 105 000 M. verklagt worden. Das Elberfelder Landgericht hatte den Schadenersatzanspruch der Krankenkasse für unberechtigt erklärt, das Oberlandesgericht in Düsseldorf dagegen gegen die Aerzte entschieden, indem es die Beschwerdepunkte der Aerzte nicht als „wichtigen Grund" im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches anerkannte. Die Aerzte wandten sich nunmehr ans Reichsgericht, welches zu dem Ergebnis gelangte, daß das Verfahren der Krankenkasse den Aerzten gegenüber zu berechtigten Klagen Veranlassung gegeben habe, und die ganze Angelegenheit an die Vorinstanz zur nochmaligen Verhandlung zurückverwies.

Verschiedenes.

Berlin. Vor kurzem wurde in einer Sitzung der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen auf Ersuchen des Ministers des Innern die Frage erörtert, ob ein erhebliches praktisches Bedürfnis zur **Feststellung der Virginität** bei einer Leichenschau zwecks Feuerbestattung vorliege. Die Frage ist nach eingehender Erwägung aller dafür und dagegen sprechenden Momente von der Deputation in negativem Sinne beantwortet worden. Unter diesen Umständen hat der Minister des Innern die fragliche Bestimmung (§ 12 der Vorschriften für die Ausführung der ärztlichen Leichenschau vom 29. Sept. 1911) aufgehoben, die Gegenstand vieler abfälliger Besprechungen in der Tagespresse gewesen war.

— Vom preußischen Ministerium der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten sind neuerdings eingehende Untersuchungen über die **Verbreitung der Kurzsichtigkeit an den höheren Schulen** der preußischen Monarchie veranlaßt worden. Mit der Durchführung dieser Erhebungen ist der Privatdozent der Augenheilkunde Dr. med. Franz F. Krusius, Assistent an der Universitäts-Augenklinik in der Kgl. Charité zu Berlin, beauftragt.

— Das Ministerium des Innern hat über die im städtischen Obdach vorgekommenen **Massenvergiftungen** sofort eine Untersuchung einleiten lassen, deren Ergebnis es in dankenswerter Weise alsbald der Oeffentlichkeit durch nachstehenden Bericht zugänglich gemacht hat:

„Nach den Feststellungen entfallen die ersten Erkrankungen und Todesfälle auf den 26. Dezember vorigen Jahres, die letzte Erkrankung und der letzte Todesfall auf den 2. Januar. In diesem Zeitraum werden 161 Erkrankungen gezählt, von denen 67 = 41 pCt. tödlich endeten. Das Krankheitsbild war einheitlich, nur nach der Schwere der Erkrankung mehr oder minder ausgeprägt. Alle Kranken zeigten Uebelkeit, starken Durst, Hinfälligkeit, Schwäche in den Beinen, Kopfschmerz, Pupillenstarre, häufig auch Sehstörungen. Der Tod erfolgte unter größter Atemnot. Die Obduktionen ergaben wenig ausgeprägte Befunde. Die Kranken waren ausschließlich männlichen Geschlechts und mit wenigen Ausnahmen Gäste des städtischen Obdachs.

Es war kaum zweifelhaft, daß den Massenerkrankungen eine Vergiftung, nicht eine übertragbare Krankheit zugrunde lag, und daß die Quelle des Giftes nicht in dem Obdach selbst zu suchen war. Man hatte Grund zu der Annahme einer Vergiftung durch verdorbene Nahrungsmittel, insbesondere geräucherte Fische (Dorsche und Bücklinge) oder Buletten aus Pferdefleisch, weil eine größere Zahl der zuerst Erkrankten kurz vorher Fische oder Buletten gegessen hatte. Diese Annahme lag um so näher, als die Krankheitserscheinungen denjenigen bei Vergiftung durch verdorbene Nahrungsmittel (Botulismus) ähnlich waren, weil im Institut für Infektionskrankheiten angestellte Tierversuche eine starke Giftwirkung des Mageninhalts und des Blutserums der Kranken ergaben, und weil das Gift bei Anwendung eines Antibotulismusserums seine Wirksamkeit verlor.

Noch bevor diese Versuche abgeschlossen waren, fand der chemische Sachverständige des Polizeipräsidiums in dem Schnaps eines Branntweinausschanks, wo ausschließlich männliche Asylisten in großer Zahl verkehrten, erhebliche Mengen Methylalkohol und stellte mit Hilfe der Kriminalpolizei fest, daß diese und einige andere dem Asyl benachbarte Branntweinschenken den mit Methylalkohol verfälschten Schnaps von dem Drogisten S. in Charlottenburg bezogen hatten, der, wie die Haussuchung ergab, einen großen Vorrat von Methylalkohol an Stelle des teureren Trankbranntweins verkauft hatte. Die Polizeibehörde hat die Abnehmer des S. ermittelt und ihren Ausschank entweder geschlossen oder die bedenklichen Schnapsvorräte in Verwahrung genommen.

Der Verdacht, daß die Massenvergiftungen auf den Genuß von methylalkoholhaltigem Schnaps zurückzuführen seien, ist durch die weiteren Untersuchungen zur Gewißheit geworden. Es hat sich herausgestellt, daß die im Asyl noch ermittelten Reste von geräucherten Fischen und von Pferdefleischbuletten kein Gift enthielten. Dagegen ist im Mageninhalt von Kranken Methylalkohol nachgewiesen worden. Ferner waren die Krankheitserscheinungen bei den Vergifteten in Uebereinstimmung mit denjenigen, die man bei einigen in jüngster Zeit beobachteten Massenvergiftungen durch Methylalkohol in Amerika, Rußland und Ungarn gesehen hat. In Deutschland war gleiches noch nicht beobachtet worden."

Dar es Salaam (Deutsch-Ostafrika). Die Gründung eines **Lepraheims** für den Bezirk Dar es Salaam ist in Aussicht genommen.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Dr. Nolden in Cöln, San.-Rat Dr. Maiss in Hirschberg, San.-Rat Dr. Vockeroth in Semlow.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Prof. Dr. Nussbaum in Bonn.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: Prof. Dr. G. Meyer in Berlin.

Prädikat Professor: Dr. Wohlgemuth, Dr. M. Joseph und Dr. Hein in Berlin, Privatdozent Dr. Bittorf in Breslau, San.-Rat Dr. Thorn in Magdeburg, Dr. Hackenbruch in Wiesbaden, Dr. E. Müller in Charlottenburg, Stabsarzt Dr. Rammstedt in Münster.

Niedergelassen: Dr. Busse in Cöln, Dr. Geinitz, Dr. Capelle, Dr. Grisar in Bonn.

Verzogen: Dr. Muthmann von Tübingen, Arzt Frei von Berlin, Dr. Pumpiun von Lauenburg i. P., Dr. Bode und Dr. Sarrazin von Bonn nach Göttingen, Dr. Fritsche von Lippolderberg nach Bodenfelde, Dr. Hopmann von Düsseldorf, Dr. Erdmann von Langenlonsheim und Dr. Wolff von Hannover nach Cöln, Dr. Magg von München nach Mülheim a. Rh., Dr. Prigge und Dr. Graff von Cöln nach Immigrath bezw. Weimar, Assistenzarzt Billens von Mülheim a. Rh. nach Düren, Dr. Els von Bonn nach Cöln, Dr. Becker und Dr. Schäfer von Cöln nach Siegburg bezw. Oberdollendorf, Dr. Engelbrecht von Oberdollendorf nach Godesberg.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. Kurzrock von Pankow, Dr. Förtsch von Fürstenwerder, Eichstädt von Lankwitz, Dr. Weiss von Stettin, Dr. K. Meyer von Posen.

Gestorben: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Brueggemann in Bromberg, San.-Rat Genrich in Brandenburg, Dr. Prahl und Dr. Werner in Breslau, Dr. Ueberschuss in Brieg, Dr. Kühnart in Friedland, Neumann in Grünberg, Dr. Grospietsch in Liegnitz, San.-Rat Dr. Neber in Kellinghusen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.


Hygiama
in Pulver- & Tablettenform, Letztere gebrauchsfertig
und
Jnfantina
(Dr. Theinhardts lösl. Kindernahrung)
Seit über 20 Jahren best bewährte diätetische Nährpräparate.
Litteratur etc. steht den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.
Dr. Theinhardt's Nährmittel-Gesellschaft m.b.H.
Stuttgart-Cannstatt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang Berlin, 27. Januar 1912 No. 4

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

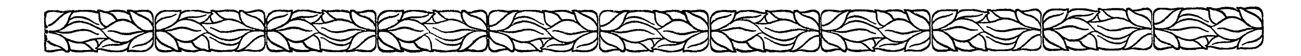
REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

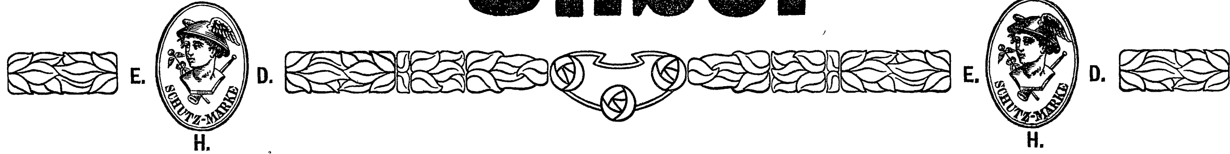
VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



Helfenberger Silber-Präparate.



Der bedeutende Aufschwung des Arzneimittelwesens in den letzten Jahrzehnten hat uns eine Reihe wichtiger Methoden und wirksamer Mittel gebracht. Unter diesen spielen die Metalle eine hervorragende Rolle. Den altbewährten Eisen- und Quecksilberpräparaten schlossen sich solche des Arsens und namentlich des ***Silbers*** an.

Silber, bisher fast nur als „salpetersaures" Silber bekannt und angewandt, erweiterte seinen Wirkungskreis namentlich durch die Silbereiweißpräparate und ganz besonders durch den Umstand, daß es gelang, es in ***colloidaler, löslicher*** Form darzustellen und es dadurch in reiner, ***ungiftiger*** und ***reizloser*** Weise den ***gesamten Körpersäften zuzuführen.*** In dieser Form ist es als ***„Collargol"*** in den Handel eingeführt und von den Aerzten anerkannt worden. Es ist nicht zu verwechseln mit Argentum colloidale, welches eine andere Beschaffenheit hat.

Die ***Wirkungsweise des Collargols*** ist in der Hauptsache als eine ***katalytische*** und daneben eine auf ***elektrischen*** und ***antiseptischen*** Vorgängen beruhende aufzufassen. Den Körpersäften sowohl durch die Haut, als durch intravenöse Injektion, Klysma oder den Magen beigebracht, bedingt es eine hochgradige ***Hyperleukocytose*** mit all ihren bekannten, wohltätigen Folgen, zahlreichen Erkrankungen gegenüber. Die Einverleibung durch den ***Magen*** war bisher noch dadurch ***erschwert,*** daß es nicht gelungen war, einerseits ein wirklich ***haltbares,*** flüssiges Collargolpräparat herzustellen, anderseits dieses Präparat so zu gestalten, daß es durch die chemischen Stoffe des Magens nicht verändert wurde. Diese Mängel sind durch das ***„Jalon"*** genannte Präparat beseitigt worden.

JALON

ist eine braune Flüssigkeit von ***angenehmem*** Geschmack und enthält ***Collargol*** in solcher Menge, daß die Einzeldosis dem Lebensalter und der Schwere des Falles entsprechend von 1 Teelöffel bis 1 Eßlöffel (5—15 g) angepaßt und bis 6mal am Tage wiederholt werden kann. Es enthält 0,2 g ***Collargol*** auf 200 g Wasser, die Flaschen fassen ca. 300 g Jalon. Das ***Jalon*** kann rein oder gemischt mit Wasser, Tee, Kakao, Kaffee, Suppen usw. genommen, auch Zucker zugesetzt werden.

Das Anwendungsgebiet des ***Jalon*** ist, wie das des Collargols, ein außerordentlich großes. Es ist angezeigt bei ***allgemeinen Infektionskrankheiten,*** besonders solchen, die vom Magen und Darm ausgehen, bei ***Magenentzündungen, Magengeschwüren,*** bei infektiösen Erkrankungen des ***Verdauungskanals,*** bei ***Typhus, Ruhr*** und ***Diarrhöen,*** bei den zahlreichen ***chronischen Infektionskrankheiten*** und ***Nachkrankheiten*** nach ***Infektionen,*** die in den mannigfachsten Beschwerden von seiten der inneren und äußeren Organe auftreten. Bewährt hat es sich auch bei ***chronischer Nierenentzündung.*** Daß das Collargol vom Magendarmkanal aus eine sehr günstige örtliche und allgemeine Wirkung entfalten, auch das früher bei vielen ***Nervenkrankheiten*** übliche Argent. nitricum vorteilhaft ersetzen kann, geht aus der jetzt schon umfangreichen Literatur über die Darreichung des Collargols auf dem Wege des Magendarmkanals hervor. Entsprechend dem chronischen Charakter der in Betracht kommenden Leiden muß es meistens Monate lang genommen werden. Die Entwickelung einer Argyrose dabei ist ausgeschlossen.

Alkohol-Silber-Salbe

Die ***Aufnahme*** des ***löslichen Silbers*** durch die ***Haut*** hatte zwar bisher schon dann keine Schwierigkeiten, wenn es sich um eine gesunde, nicht schlecht ernährte Haut handelte und der Kranke die energische Einreibung der Collargolsalbe „Unguentum Credé" aushalten konnte. Handelte es sich aber um schwer leidende Kranke mit magerer, blutarmer oder entzündeter Haut, so verursachte die Einreibung nicht selten Schwierigkeiten und erschwerte die Aufnahme des Silbers. Die bekannte Eigenschaft des ***Alkohols,*** die Haut blutreicher, gewissermaßen saftiger zu machen, hat uns veranlaßt, ***Collargol*** und ***Alkohol*** zu einem Präparat in Salbenform zu vereinen, welches durch seinen Alkoholgehalt und die erwähnten Eigenschaften desselben die Haut zur Aufnahme des Collargols in günstigster Weise vorbereitet. Eine kräftige Einreibung des betreffenden Körperteils ist hierbei nicht nötig. ***Entzündliche*** und ***infektiöse Prozesse jeder Art*** werden durch täglich 2- bis 3-maligen Verband mit ***Alkohol-Silber-Salbe*** naturgemäß in günstigster Weise beeinflußt, ohne Schmerzen zu machen oder Reizzustände der Haut zu veranlassen.

Preise und Packungen.

„Jalon": Der Preis der 300 g-Flasche, die im Durchschnitt bei einem Krankheitsfall eine Woche lang reichen dürfte, ist so **niedrig** bemessen, daß auch einem **mehrwöchentlichen** Gebrauch in der **Kassenpraxis** nichts entgegenstehen dürfte.

Preis einer Flasche von 300 g für das Publikum: 95 Pfg.

„Alkohol-Silber-Salbe": Diese kommt in Porzellankruken à 50 u. 25 g in den Handel.

Preis einer Kruke à 50 g . Mk. 1,25.
„ „ „ „ 25 „ . „ 1,00.

Literatur und Proben gratis zur Verfügung. :: Gebrauchsanweisungen liegen bei.

Chemische Fabrik Helfenberg A. G. vorm. Eugen Dieterich,

in Helfenberg (Sachsen).

81. Jahrgang **Berlin, 27. Januar 1912** **No. 4**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Bemerkungen zur Technik der endovesikalen Operationen.

Von

Dr. H. Lohnstein (Berlin).

In den letzten 5 Jahren hat die Technik der endovesikalen Operationsinstrumente ganz wesentliche Fortschritte gemacht. Nicht nur, daß der Umfang der Apparate infolge verbesserter Konstruktionen ein geringerer geworden und dadurch die Einführung des Instruments mit weniger Beschwerden für die Kranken verbunden ist, die Vorrichtung für die Schlingenentwicklung, die Lagerung der Schlinge im Verhältnis zu Prisma und Lampe, die Anbringung der Lampe selbst, alles das ist nach den verschiedensten Richtungen modifiziert und verbessert worden. Besonders groß ist das Bedürfnis nach einer Vervollkommnung des diffizilen Instrumentariums geworden, seitdem sich immer mehr und mehr die Ueberzeugung Bahn gebrochen hat, daß die endovesikalen Operationen, zumal für die Beseitigung von Blasentumoren, nicht nur den rein chirurgischen Methoden gleichwertig, sondern ihnen, was die Verhütung von besonders disseminierten Rezidiven anlangt, überlegen sind. — In diesem Urteil muß ich, auf Grund von Erfahrungen, welche ich an einem Material von 30 endovesikal in den letzten 5 Jahren von mir operierten Blasengeschwülsten gesammelt habe, Casper[1]) u. a. durchaus beipflichten. — So groß aber die Uebereinstimmung, zumal unter den Urologen, über diesen Punkt ist, so sehr geht ihre Meinung auseinander über die Wahl des zweckmäßigsten Instrumentariums sowie ferner darüber, ob die Entfernung der Blasentumoren besser mit kalter oder mit glühender Schlinge zu vollziehen ist. Ueber den ersten Punkt hat sich auf dem 2. Urologenkongreß eine Divergenz der Anschauungen insofern geltend gemacht, als ein Teil der Redner an dem alten, starren, von Nitze in die Therapie eingeführten Typ festgehalten wissen wollte, während andere, besonders Casper, Blum[2]) u. a. die Anschauung vertraten, daß man leichter zum Ziele gelange, wenn man Instrumente gebrauche, bei welchen die Schlinge mitsamt ihrem Entwicklungsrohre in ähnlicher Weise aus dem Cystoskop herausgehebelt werden könne, wie bei den Uretercystoskopen. —

Tatsächlich kommt man mit beiden Systemen in der Mehrzahl der Fälle zum Ziele, während in einer Minderzahl von Fällen bald das eine, bald das andere System mit Vorteil angewandt werden kann. Handelt es sich um Tumoren des Blasengrundes, besonders um solche, welche in der Nähe der Ureteröffnung gelegen sind, so gelingt es sowohl mit dem einen wie dem andern System leicht, die Schlinge an den Tumor heranzubringen. Schwierigkeit macht es hier jedoch zuweilen, wie ich dies gelegentlich der Diskussion auf dem 2. Urologenkongreß begründete, die Beleuchtung in den letzten Stadien der Annäherung der Schlinge an den Tumor genügend hell zu halten. Die Schwierigkeiten bleiben hier dieselben, gleichgültig, ob man mit einem starren oder flexiblen System arbeitet. Sie liegen darin begründet, daß man die Schlinge mit dem Prisma möglichst nahe an die Geschwulst heranbringen muß, um diese abzukneifen. Die Folge davon ist, daß bei den starren Instrumenten der geradeaus strebende Lichtträger mit der Lampe an der Spitze — bei den nach Art der Ureterencystoskope gebauten flexiblen Systemen der Schnabel des Cystoskopes mit der Lampe — sich in die Seitenwand der Blase einbohrt. Wie ich damals ausführlich auseinandersetzte, wird dadurch nicht allein das Licht verdunkelt, die Möglichkeit der Verbrennung der Blasenwand erleichtert, sondern es wird auch, bevor es gelingt, die Schlinge zuzuziehen, die Möglichkeit herbeigeführt, daß durch den Zug des zu langen Endes des Lichtträgers im letzten Moment der Tumor teilweise aus der Schlinge wieder herausgezogen wird. Diesem Uebelstand habe ich abzuhelfen gesucht, indem ich die bisher ausnahmslos bei allen Operationscystoskopen an der Spitze des Lichtträgers befindliche Lampe von dort wegnahm und sie distal verlegte[3]). [Siehe hierzu die Abbildung auf nächster Seite.] Diese Modifikation beseitigt die erwähnte Schwierigkeit. Sie

[1]) Berliner klinische Wochenschrift, 1908.
[2]) Verhandlungen des 2. Urologenkongresses, Berlin 1909.
[3]) Medizinische Klinik, 1909.

gestattet, ganz nahe an den Tumor heranzugehen, ohne daß eine Verdunklung eintritt. Diese Modifikation, welche mir seither ganz außerordentliche Dienste geleistet hat, habe ich an einem Operationscystoskop anbringen lassen, welches nach dem Muster eines starren Systems gebaut war. Es eignet sich besonders für diesen Zweck, da man hier des Schnabels des Lichtträgers entraten kann, was bei den flexiblen Systemen, welche nach dem Muster der Ureterencystoskope gebaut sind, unmöglich ist. Denn wenn man hier auch die Lampe selbst in gleicher Weise versetzen kann, so braucht man doch den Schnabel an der Spitze zur Einführung — wenigstens in die männliche Blase. Aus diesem Grunde bliebe also immer noch der Uebelstand bestehen, daß infolge des langen Schnabels und der dadurch bedingten Abziehung der Wand und des Tumors und der Gefahr des teilweisen Entschlüpfens des Tumors aus der noch offenen Schlinge, der Erfolg des Eingriffes beeinträchtigt wird. Deshalb ziehe ich bei Tumoren, welche nahe der Seitenwand der Blase gelegen sind, das starre System mit der von mir angegebenen Lampenmodifikation vor. Damit soll natürlich nicht in Abrede gestellt werden, daß man hier auch mit anderen Konstruktionen zum Ziele kommen kann. Bei denjenigen Tumoren aber, welche in der Nähe des Blasenhalses, besonders an seiner vorderen (oberen) Zirkumferenz gelegen sind, dürften, soweit meine bisherige Erfahrung reicht, aus rein mechanischen Gründen die starren Instrumente zur Entfernung der Tumoren den Vorzug verdienen.

Operationscystoskop nach Lohnstein.
Lampe in der Wand diesseits des Prisma.

Ein wunder Punkt in der Technik der Abschnürung der Geschwulstmassen ist aus der Tatsache herzuleiten, daß in dem Moment, in welchem man nach Umlegung der Schlinge um den Tumor diese zuzieht und den Tumor abschnürt, mehr oder weniger die Uebersicht über diesen verloren geht. Dies ist dadurch begründet, daß in diesem Augenblicke das Prisma, welches der sich möglichst um die Basis des Tumors legenden Schlinge folgen muß, eben dadurch gleichfalls dem Tumor sehr genähert werden muß. Infolgedessen verkleinert sich das Gesichtsfeld sehr stark und man ist verhindert, die Grenzen des Tumors, falls er nicht sehr klein ist, zu übersehen. Diesen Uebelstand zu beseitigen oder zu verringern, war keineswegs, wie Kutner[4]) irrtümlich annimmt, der Zweck der von mir angegebenen Modifikation. Deren Vorzüge liegen, wie ich es oben angeführt habe, nach einer andern Richtung. Aber auch diejenigen Operationscystoskope, welche nach dem Modell des Uretercystoskops gearbeitet sind, sind nicht imstande, diesen Nachteil in befriedigender Weise auszugleichen. Zwar ermöglichen sie es, aus einer genügenden Entfernung, welche die Uebersicht über die Grenzen eines kleinen oder mittelgroßen Tumors zuläßt, die Schlinge anzulegen, will man sie aber zuziehen, so muß man auch hier, wenn man den Stiel fassen und den Tumor abschnüren will, so nahe an den Tumor herangehen, daß die Uebersicht über ihn verloren geht. Es ist aber auch gar nicht notwendig, wie Casper[5]) mit Recht hervorhebt, in einer Sitzung bis zum Stiel vorzudringen; man kann sich damit begnügen, zunächst mehr oberflächliche Teile der Geschwülste abzuschnüren, um in späteren Sitzungen allmählich zum Stiel zu gelangen. In diesem Falle gestatten sämtliche Konstruktionen einen genügenden Ueberblick; andererseits versagen sie aber auch ohne Ausnahme, wenn man — selbst bei mäßig großem, etwa kirschengroßem Tumor — sich darauf kapriziert, schon in der ersten Sitzung den Geschwulststiel mit der Schlinge abzuschnüren.

[4]) Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1911. (cf. Referat in dieser Nummer auf S. 51.)

[5]) Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 51.

Was weiterhin die Frage anlangt, ob man mit kalter oder glühender Schlinge abschnüren soll, so halte ich dies für ziemlich irrelevant. Kutner führt an, daß die Glühschlinge besser vor gefährlichen Blutungen schütze als die kalte Schlinge und daß sie die radikale Entfernung der Geschwulst besser garantiere als jene. Nach meinen Erfahrungen trifft beides nicht zu. Gefährliche Blutungen bei Anwendung der Glühschlinge habe ich unter 10 Tumoren, die ich in dieser Weise entfernt habe, allerdings niemals beobachtet; Nitze selbst, auf dessen Autorität sich Kutner stützt, sind sie nach der Angabe Israels wohl vorgekommen. Denn dieser berichtete in der Diskussion zu dem Vortrage Caspers in der Medizinischen Gesellschaft über mehrere Fälle von sehr gefahrdrohenden Blutungen aus der Klientel Nitzes, so daß verschiedentlich schon die Frage der Sectio alta von Israel ventiliert wurde. Daß andererseits die Kauterisation vor Rezidiven schützt, kann leider ebensowenig behauptet werden. Wenigstens habe ich trotz ausgiebigster Verschorfung des Geschwulststiels etwa in der Hälfte der von mir später über Jahre kontrollierten Beobachtungen Rezidive zu beobachten Gelegenheit gehabt. Andererseits konnte ich umgekehrt feststellen, daß in 3 Fällen, in welchen ich kleine Papillome mit der kalten Schlinge abgetragen habe, ohne die Basis der Geschwulst zu kauterisieren, Rezidive ausgeblieben sind. Daher urteilt Casper[6]) wohl etwas zu streng, wenn er es für einen Kunstfehler erklärt, auf die Kauterisierung zu verzichten, wenn es auch andererseits, wenn irgend angängig, indiziert ist, diese an die Abschnürung des Stieles anzuschließen.

Ob man mit der kalten oder mit der glühenden Schlinge die Geschwülste entfernt, oder ob man ihre Entfernung in noch anderer, gleich zu erörternder Weise anstrebt, das hängt nach meinen Erfahrungen im wesentlichen von der Konsistenz des Tumors, sowie von dem Umfang seines Stieles ab. Je weicher und zerreißlicher das Gewebe, je dünner der Stiel, um so leichter wird man der Zuhilfenahme der Kaustik entraten können. Dies ergibt sich schon im Verlauf des operativen Eingriffes selbst. Bei weichen Tumoren reißt das abgeklemmte Stück, sobald man die Schlinge fest zuzieht, ab, ehe man dazu kommt, den Strom behufs Anglühens zu schließen. Bei Tumoren von härterer Konsistenz merkt man, daß zuweilen trotz Zuziehens der Schlinge der Tumorteil nicht ohne weiteres folgt. Hier empfiehlt es sich, die Lostrennung durch Glühendmachung der zugezogenen Schlinge zu beschleunigen. Doch auch hier geht es in der Regel ohne Kaustik, wenn auch in diesem letzteren Falle, wenigstens nach meinen Erfahrungen, die Blutung durch die Zerrung des Tumors und die unregelmäßige Trennungsstelle etwas stärker ist, als wenn man mit Glühschlinge die Trennung vornimmt. Ich selbst arbeite daher in der Regel mit kalter Schlinge, halte aber alles zur Kaustik bereit, um in jedem Stadium der Operation diese in Tätigkeit treten zu lassen. Daß aber die Anwendung der Glühschlinge von so prinzipieller Bedeutung für die Vermeidung von Blutungen und für die radikale Beseitigung des Tumors ist, wie Kutner meint, kann ich auf Grund meiner eigenen Erfahrungen nicht zugeben.

Ich möchte diese Ausführungen nicht schließen, ohne darauf hinzuweisen, daß es bei größeren Tumoren von derberer Konsistenz, welche sich mehr oder weniger dicht an eine der Seitenwände anlehnen, zuweilen überhaupt nicht gelingt, mit der Schlinge die Geschwülste zu entfernen. Sucht man hier nämlich nach Entfaltung der Schlinge diese über den Tumor oder einen Teil desselben hinüberzuwerfen, so beobachtet man, daß in diesem Moment die Geschwulst die Schlinge abdrängt. Ich habe im Verlauf des letzten Jahres zwei derartige Fälle beobachtet. In dem einen handelte es sich um einen gestielten Tumor, welcher sich mikroskopisch als Fibroadenom erwies und neben der linken Uretermündung saß; er wurde bei einer 30jährigen Patientin beobachtet, welche über Schmerzen und Harndrang klagte, während der Urin ein trübes und eitriges Aussehen zeigte. Heilung nach 5 Sitzungen, welche ambulant ausgeführt wurden. In dem zweiten Falle handelt es sich um eine 50jährige Patientin, bei welcher ein ziemlich derber Tumor an der rechten Uretermündung von etwa Taubeneigröße festgestellt wurde. Er hatte einen

[6]) l. c.

breiten Stiel und bot im cystoskopischen Bilde einen mit einem Phosphatstein zum Verwechseln ähnlichen Anblick dar. In diesem Falle hatten profuse Blasenblutungen die Patientin zum Arzt getrieben. Dieser hatte der Patientin 10 Jahre zuvor wegen einer rechtsseitigen Niereneiterung, über die Aetiologie wußte er nicht sicheres anzugeben, die rechte Niere entfernt. Das eigentümliche Blasenbild, sowie die verhältnismäßig harte Konsistenz des Tumors, welche sich auch gegenüber der Steinsonde sehr charakteristisch kundgab, hatten ihn an ein Fadenkonkrement denken lassen. Die cystoskopische Untersuchung der Patientin, mit welcher ich beauftragt wurde, führte mich jedoch auf Grund der Anamnese und der Oberfläche des Tumors, welche noch die Spuren der vorangegangenen Blutungen zeigte, sofort zur Diagnose Tumor. Als ich jedoch mit dem Schlingencystoskop einen Teil der Geschwulst zur histologischen Diagnose entfernen wollte, scheiterte dies trotz mehrfacher Bemühungen daran, daß die Schlinge sich abbog, sobald sie an den Tumor angedrängt wurde.

In diesem, wie in dem zuerst erwähnten Falle gelang es mittels einer von Schlagintweit[7]) angegebenen scharf schneidenden Blasenzange, den Tumor trotz seiner Größe und Härte mit Leichtigkeit, in dem letzteren Falle in 15 klinischen Sitzungen zu entfernen. Sehr bemerkenswert war hierbei die verhältnismäßig geringe Blutung. Sie beschränkte sich gewöhnlich nur auf die nächsten Stunden nach der Operation und war am nächsten Tage bereits fast völlig verschwunden. Irgendwelche besonderen Maßnahmen behufs Einschränkung der Blutung waren niemals notwendig, insbesondere niemals eine Kauterisation. Leider erwies sich der zweite Fall als unheilbar. Der Tumor stellte sich als ein Carcinom heraus, dessen Radikalentfernung durch Sectio alta die Patientin strikte ablehnte. Ich mußte mich daher darauf beschränken, die Ursache der profusen Blutungen durch intravesikale Exstirpation des Tumors zu beseitigen. Um so bemerkenswerter ist es, daß die Behandlung mittels der scharf schneidenden Zange so geringe Blutungen setzte. Die Patientin befindet sich gegenwärtig verhältnismäßig gut; sie hat keine Hämaturie und zeigt nur die Symptome eines mäßig starken Blasenkatarrhs.

In Fällen von derartig derben Tumoren, bei denen die Anwendung der Schlinge aus mechanischen Gründen unmöglich und bei denen die Gutartigkeit der Blasengeschwülste histologisch nachgewiesen ist, empfiehlt sich die Entfernung mit scharf schneidender Zange. Bei inoperablen malignen Tumoren ist diese Operationsvorrichtung wenigstens imstande, die gefährlichsten Komplikationen, vor allem die Blutungen, zu beseitigen.

[7]) Zeitschrift für Urologie, 1911.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließlich Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

Privatdozent **Franz Hamburger** (Wien): **Ueber Salzödeme bei älteren Kindern.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Wie Verf. in einigen Fällen beobachtet hat, können bei herz- und nierengesunden Kindern, wenn sie anderweitig in ihrem Allgemeinzustand geschädigt sind, durch vermehrte Kochsalzzufuhr Oedeme entstehen. Es gibt jedoch auch kachektische Kinder, die auf vermehrte Kochsalzzufuhr nicht mit Oedembildung, sondern mit starken Diarrhöen reagieren. Die Tatsache, daß bei nieren- und herzgesunden älteren Kindern durch Salzzufuhr Oedeme entstehen können, scheint noch nicht bekannt zu sein. Die Beobachtung hat diagnostische, prognostische und therapeutische Bedeutung.

Prof. **Gerber** (Königsberg i. Pr.): **Lupusbekämpfung und Nasenvorhof.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Verf. weist nachdrücklich darauf hin, daß der primäre intranasale Lupus nicht nur häufig ist, sondern daß der Nasen- und Gesichtslupus überhaupt größtenteils vom Naseninnern seinen Ausgang nimmt. Daher muß der Untersuchung und Behandlung des Naseninnern bei der Lupusbekämpfung ein ganz anderer Platz eingeräumt werden als bisher. Speziell auf den Nasenvorhof muß geachtet werden, denn hier sitzt meist der eigentliche Primäraffekt des Gesichtslupus, und zwar oben im vorderen Nasenwinkel. Diese Stelle wird aber meist nicht genügend beachtet, besonders von Anfängern; aber auch erfahreneren Untersuchern entgeht dieser Winkel, wenn sie nicht den Kopf des Patienten ganz weit zurückbiegen und von unten hineinsehen. Verf. hat deshalb einen kleinen rhinendoskopischen Spiegel konstruiert, mittels dessen man den Nasenvorhof untersuchen kann und auch den kleinsten Lupusherd entdecken muß. Verf. hat an dieser Stelle häufig Lupusherde entdeckt bei vollkommen intakter äußerer Nase; von hier gehen auch oft Rezidive aus bei scheinbar ausgeheilten Personen. Jedenfalls ist diese Stelle als Sitz des Primäraffektes des Nasen- und Gesichtslupus anzusehen. Die Lupusbekämpfung hat also nur dann Aussicht auf vollen Erfolg, wenn sie sich der genauesten Nasenuntersuchung befleißigt, d. h. der Mitwirkung der Rhinologie sich versichert.

Dr. **A. Pöhlmann** (München): **Physiologische Kochsalzlösung der neuen Pharmakopoe und Wassermannsche Reaktion.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Nach der neuen Ausgabe des Deutschen Arzneibuches hat die „Solutio Natrii chlorati physiologica“ die Zusammensetzung: Natr. chlorat. 8,0, Natr. carbon. 0,15, Aq. destill. 991,85; sie enthält also einen Zusatz von etwas Soda. Verf. macht nun darauf aufmerksam, daß die Verwendung dieser physiologischen Kochsalzlösung beim Anstellen der Wassermannschen Reaktion unzulässig ist; sie bewirkt eine unspezifische Hämolyse, fälscht also das Resultat; man muß daher mit Natriumchlorid allein bereitete Lösungen verwenden.

Prof. **Wilhelm Erb** (Heidelberg): **Zur Klinik des intermittierenden Hinkens.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Verf. war auf Grund seiner früheren Beobachtungen zu dem Ergebnis gelangt, daß in der Aetiologie des intermittierenden Hinkens der Tabakmißbrauch eine hervorragende Bedeutung hat. Seine neuen Erfahrungen scheinen diese Ansicht zu bestätigen. Unter 14 Fällen von intermittierendem Hinken, die er im letzten Jahre beobachtet hat — sämtliche Patienten waren Männer —, war Syphilis nur 3 mal, starker Alkoholgenuß nur 1 mal, mäßiger 9 mal, Diabetes in leichter Form 2 mal, Gicht und chronische Nephritis nur je 1 mal, ausgesprochene Kälteschädlichkeiten 5 mal, Berufsüberanstrengung 2 mal nachweisbar; hingegen waren von den 14 Patienten nur einer Nichtraucher und nur 2 mäßige Raucher, dagegen 7 starke und 4 enorme Raucher. Die starken und enormen Raucher zusammen betrugen also 78,6 pCt. unter den Hinkern, während sie unter den übrigen männlichen Patienten des Verfassers nur 23,6 pCt. ausmachen. In 4 unter den 14 Fällen war der Tabak die einzige zu ermittelnde Schädlichkeit. Von den übrigen möglichen Ursachen des intermittierenden Hinkens war in einem Falle als einzige nachweisbare Ursache energische Kälteschädigung (jahrelang gebrauchte abendliche kalte Fußbäder) nachweisbar. Die Syphilis ist vielleicht in Verbindung mit anderen Schädlichkeiten von Bedeutung für die Aetiologie des intermittierenden Hinkens. Zum Schluß berichtet Verf. über einige weitere Fälle von intermittierendem Hinken und einen Fall von durch Tabakintoxikation entstandener hochgradiger Arteriosklerose aller Aeste des Anfangsteils der Aorta mit vasomotorischer Neurose in dem gleichen Gefäßgebiete.

Francis Harbitz (Christiania): **Kasuistik über Angioneurosen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. berichtet zunächst über einen Fall von akutem angioneutralischen Oedem, der deshalb besonders beachtenswert ist, weil er tödlich verlief. Es handelte sich um einen 20 jährigen Matrosen, der schon früher mehrere Anfälle von Anschwellung am Hals und Kopf, die mit Schlingbeschwerden verbunden waren, gehabt hatte. Der letzte Anfall, an dem er starb, dauerte zwei Tage. Das Gesicht war cyanotisch und angeschwollen; zunächst war das sonstige Befinden nicht gestört; plötzlich verschlimmerte sich der Zustand, es trat Atemnot ein, die rasch zum Tode führte. Bei der Sektion fand sich ein starkes Oedem der ganzen Mund- und Rachenschleimhaut; am stärksten geschwollen waren die Ligamenta aryepiglottica. Außerdem war Lungenödem und eine starke Hyperämie sämtlicher inneren Organe nachweisbar. Das Herz zeigte völlig normale Verhältnisse; auch die Nieren waren, abgesehen von einer starken Hyperämie, normal. Der Patient ist offenbar an Erstickung infolge von akutem Verschluß des Aditus laryngis zugrunde gegangen. Es ließ sich feststellen, daß der Vater und Großvater des Pat., ebenso ein Bruder, endlich zwei Schwestern des Großvaters, ebenfalls an akuten Oedemen litten; der Vater war ebenfalls unter den Symptomen von Larynxödem plötzlich gestorben. Es lag also hier eine erbliche Veranlagung zu angioneurotischem Oedem vor. Aehnliche Fälle sind auch schon in der Literatur beschrieben. Doch sind diese Fälle mit tödlichem Ausgang selten. Häufiger sind dagegen die gutartig verlaufenden Fälle. — Eine andere auf Angioneurose beruhende Krankheit ist die symmetrische Gangrän. Verf. berichtet über einen derartigen Fall bei einem 20 jährigen Mädchen, welches an den Fingern

früher häufig an Nagelpanaritien gelitten hatte; später bekam sie an beiden Zeigefingern nach leichten Verletzungen gangränöse Stellen, die langsam heilten. In den nächsten Jahren trat zuerst am rechten Daumen im Anschluß an eine Verbrennung der Daumenspitze durch Wasserdampf eine Gangrän des ganzen Fingers auf, welcher amputiert werden mußte. Im nächsten Jahre wurde der linke Daumen nach einer kleinen Schnittverletzung gangränös und mußte amputiert werden. Die anatomische Untersuchung des amputierten Gliedes ergab keine nachweisbaren Veränderungen der Gefäße und Nerven, nur eine starke Kontraktion der Arterien.

Prof. **G. Singer** und Dozent **G. Holzknecht** (Wien): **Ueber objektive Befunde bei der spastischen Obstipation.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Die Verfasser gelangten bei ihren Untersuchungen, bei denen sie sich der rektalen Anfüllung des Darmes mit Wismut- oder Baryumsulfataufschwemmung bedienten, zu folgenden Ergebnissen: 1. Bei der spastischen Obstipation findet sich in der überwiegenden Mehrzahl der röntgenologisch mit Klysmafüllung untersuchten Fälle eine oft hochgradige Hypertonie der distalen Colonabschnitte. 2. Die proximalen Colonabschnitte zeigen meist normalen Tonus und Hypermotilität. 3. Die Grenze zwischen diesen beiden Abschnitten ist nicht in allen Fällen die gleiche, sie liegt aber immer zwischen Flexura dextra und Ende des Colon descendens. 4. Am Genu recto-romanum findet sich eine spastische Intermission; ihr Nachweis gelingt technisch nicht immer.

Dr. **F. M. Groedel** und Dr. **E. Schenck** (Frankfurt a. M.): **Die Wechselbeziehung zwischen Füllung, Form und Lage von Magen und Dickdarm.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Die Verfasser kamen bei ihren röntgenologischen Untersuchungen über die Lage der Intestina zu folgenden Ergebnissen: Durch die Füllung des Magens wird der Dickdarm nur sehr wenig verlagert. Eine Ausnahme macht die linke Flexur des Colons, die nicht selten kaudalwärts verdrängt wird. Der Magen wird durch jegliche Dickdarmfüllung — Gas, Kot, Einlauf — beeinflußt. Ist nur ein Teil des Querdarms ausgedehnt, so findet eine Eindellung oder seitliche Dislokation des Magens statt; ist das ganze Colon transversum gehoben, so wird der Magen in toto gehoben. Bei pathologischer Magen- und Darmlage — besonders bei Ptose und Ektasie — treten die geschilderten Verhältnisse in verstärktem Maße auf, so daß z. B. eine Pyloroptose oder mechanische Ektasie des Magens übersehen werden kann, wenn vor der Untersuchung der Dickdarm nicht regelrecht entleert ist. R. L.

Chirurgie.

P. Herzen: Ueber intraperitoneale Harnblasenrupturen. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 95, H. 4.)

H. beschreibt drei Fälle von intraperitonealer Blasenruptur aus dem Alt-Katharinen-Hospital in Moskau. Die Diagnose der Harnblasenruptur stützt sich auf die Anamnese (Stoß, Schlag oder Fall auf das Abdomen), den spontanen oder palpatorischen Schmerz in der Blasengegend, die Harnverhaltung bei gleichzeitigem Fehlen der gefüllten Blase, den Nachweis eines Ergusses in den abhängigen Partien der Bauchhöhle, den beständigen Harndrang. Der eingeführte Katheter entleert entweder nur geringe Mengen blutigen Urins oder bei tagelangem Bestand der Verletzung so große Mengen, oft mehrere Liter, welche unmöglich aus der Blase stammen können, deren Kapazität durchschnittlich 600 ccm nicht überschreitet. Die Prognose hängt von der rechtzeitigen chirurgischen Intervention ab. Spontanheilung ist ausgeschlossen. Die Mortalität der Verletzung beträgt bei operativer Behandlung 20,5 pCt. Die nichtoperierten Fälle gehen fast ausnahmslos zugrunde. Von den drei Fällen des Verfassers genasen die zwei, welche 40—45 Stunden post trauma operiert wurden, während der dritte, erst nach 6 Tagen operierte zugrunde ging.

Verf. hat im Experiment den Einfluß der Harnintoxikation nach Blasenruptur studiert. Alle Tiere gingen 48 Stunden nach ausgeführter Blasenruptur zugrunde. Zwar fand sich trotz großer Harnansammlung in der freien Bauchhöhle keine Peritonitis, aber schwere parenchymatöse Veränderungen an fast allen Bauchorganen.

Die Operation ist in allen verdächtigen Fällen indiziert und besteht in zweireihiger Naht der Blase. Eine Tamponade ist nur bei schon eingetretener Peritonitis erforderlich.

Adler (Berlin-Pankow).

Pathologische Anatomie.

Karl Nothdurft, Demonstrator am deutschen pathologischen Institut in Prag: **Ein Fall von mehrfacher Tumorbildung.** (Prager medizin. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Ein 69 Jahre alter Tabiker erkrankte plötzlich durch ein Trauma gegen den Bauch vor fünf Wochen und starb unter den klinischen Erscheinungen einer Pyelonephritis. Die Obduktion ergab als wichtigste Veränderung retroperitoneal ein sackförmiges Gebilde der linken Nierengegend, das teilweise von Tumormassen ausgekleidet war und außer Klumpen nekrotischer Tumormassen und reichlichen Cruorgerinnseln eine ansehnliche Menge blutiger Flüssigkeit enthielt. Die Tumormasse setzte sich nach oben bis zur linken Nebenniere fort, nach unten entlang dem Ureter, diesen an einer Stelle des oberen Drittels komprimierend, und wies nach dem linken Nierenhilus als Ausgangspunkt hin. Hier lagen reichlichst zerfallene, von Blut durchsetzte Tumormassen, die den Hilus und das Becken mit Ausnahme des Abschnittes am Abgange des Ureters substituierten, in die nekrotische Niere eindrangen und ihre Kapsel infiltrierten. In diesen Massen lagen die Arteria und die arrodierte Vena renalis. Abgesehen von den beschriebenen Veränderungen waren Metastasen in anderen Organen nicht nachweisbar. Histologisch erwies sich der Tumor als typischer, infiltrierender Plattenepithelkrebs, der sich auch in die Rinde der linken Nebenniere fortsetzte. Kompliziert war der Fall, abgesehen von einer chronischen Nephritis im Sinne eines Morbus Brightii, durch das gleichzeitige Vorkommen zahlreicher, z. T. ungewöhnlich großer, papillärer Adenome der anderen Niere und durch ein Hämangiom in der linken Brustwand mit Verkalkung. — Die Entstehung der Plattenepithelkrebse in den Nieren wird fast übereinstimmend in das Nierenbecken oder die Nierenkelche verlegt. Auch in dem hier mitgeteilten Falle sprach der anatomische Befund für diesen Abschnitt der Niere als Ausgangspunkt; ebenso findet diese Annahme eine Stütze im histologischen Befunde der Niere. Ein sicherer Beweis für diese Annahme konnte wegen der ausgedehnten Zerstörung nicht mehr erbracht werden; ebensowenig kann etwas Bestimmtes über die genauere Lokalisation des Ausgangspunktes im Becken gesagt werden; der Abschnitt im Bereiche des Ureterabganges war sicher frei und zeigte auch keine Epithelmetaplasie. Ob eine solche an einer anderen Stelle vorhanden war oder ob es sich um eine Keimversprengung gehandelt habe, woraus sich das Plattenepithelcarcinom entwickelt hätte, kann auch nicht entschieden werden. Vielleicht aber, sagt Verf., gestatten die noch nachgewiesenen beiden anderen Tumorformen (das Hämangiom der Brustwand und die Adenome der anderen Niere) als Tumoren, die so gut wie sicher auch in diesem Falle auf kongenitale Störungen zurückzuführen sein dürften, die Vermutung, daß auch das Carcinom der linken Niere in letzter Linie ähnlich zu erklären wäre. Die drei Tumoren fänden so eine genetisch einheitliche Erklärung. Einen Zusammenhang des Carcinoms der linken Niere und der Adenome der rechten Niere mit der Nephritis hält Verf. nicht für wahrscheinlich. Daß das Carcinom der linken Niere schon vor dem Trauma vorhanden war, ist wohl anzunehmen. Es ist ganz unwahrscheinlich, daß die bei der Sektion gefundenen Veränderungen erst nach dem Trauma entstanden wären. Andererseits aber ist ein Einfluß des Traumas auf das Wachstum des Tumors sicher nicht auszuschließen, vielmehr mit einiger Gewißheit anzunehmen. Ob durch das Trauma die Zerreißung der durch die Tumorinfiltration vielleicht schon geschädigten Vene erfolgt ist, oder ob diese nur vorbereitet wurde und später erfolgte, läßt sich mit Sicherheit zwar nicht sagen, doch spräche der Befund eher dafür, als ob durch das Trauma zunächst eine stärkere Blutung erfolgt wäre, die zur mächtigen pararenalen Hämatombildung geführt habe, in dessen Wandung sich nachträglich der Tumor ausgebildet hat. Für die Annahme, daß schon vor dem Trauma der Tumor ausgebildet war, spricht vor allem auch das Fehlen von Blutungen aus den Harnwegen, was durch die Stenose des Ureters in seinem oberen Drittel durch Tumorkompression ohne weiteres zu erklären ist. Kr.

Fortschritte der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Privatdozent **N. Svenson** (Kiew): **Rekurrens mit Salvarsan behandelt.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. hatte Gelegenheit, 26 Männer, die an Febris recurrens litten, mit Salvarsan zu behandeln. Es waren meist mittelschwere und leichte Fälle. In der Mehrzahl der Fälle wurden die Einspritzungen intravenös gemacht; in einigen Fällen auch intramuskulär in alkalischer Lösung oder in neutraler Suspension. Die Dosierung wurde variiert, um die minimale Heildosis in Erfahrung zu bringen; die Dosen betrugen 0,1—0,6 g. Die Rekurrensspirillen verschwanden nach der Injektion schnell aus dem Blut, in der Regel nach 6 Stunden; die Körpertemperatur fiel mit geringen Ausnahmen innerhalb 12 Stunden kritisch ab; dem Abfall der Temperatur ging stets der Spirillenschwund aus dem Blute der Kranken voraus; präkritische Temperatursteigerungen um 0,5—1,5° kamen viel häufiger vor als in unbehandelten Fällen. Bei Dosierung unter 0,3 g trat eine Defervescenz verspätet oder gar nicht ein; selbst die Dosis 0,3 g genügte nicht in allen Fällen. Wider Erwarten wurde die intravenöse Injektion nicht wirksamer gefunden als die intra-

muskuläre, wenn nur in letzterem Falle die alkalische Lösung benutzt wurde. Ausnahmslos trat einige Stunden nach der Injektion eine erhebliche Senkung des Blutdrucks ein; gewöhnlich erreichte die Blutdruckkurve nach 2—3 Tagen ihr anfängliches Niveau wieder. Das Allgemeinbefinden war nach der Injektion meist gut. Nierenreizung wurde in keinem Falle beobachtet; im Gegenteil, eine febrile Albuminurie, die bei drei Kranken vorher bestand, ging nach der Injektion schnell zurück. Von den 26 Patienten waren 23 nach der Salvarsanbehandlung vollständig rezidivfrei und somit endgültig geheilt; nur in drei Fällen traten Rezidive ein; bei diesen war die injizierte Salvarsandosis zu gering oder das Salvarsan in mittlerer Dosis in neutraler Suspension injiziert worden. — Das Salvarsan ist somit ein spezifisches Mittel gegen Febris recurrens, das, richtig angewendet, die Krankheit in kurzer Zeit komplikationslos und gefahrlos heilt; um eine direkt baktericide Wirkung scheint es sich nicht zu handeln, denn Salvarsan, spirillenhaltigem Blut zugesetzt, übt auf die Beweglichkeit der Spirillen keinen retardierenden Einfluß aus. R. L.

Prof. Dr. **Eichhorst** (Zürich): **Ueber die Behandlung von Herzkrankheiten.** (Korresp.-Bl. f. Schw. Aerzte, 1911, No. 28.)

Zu der allerhäufigsten Aufgabe, welche der praktische Arzt bei Herzkranken zu erfüllen hat, gehört die Bekämpfung der Herzmuskelinsuffizienz. Die Gefahren eines Herzklappenfehlers, einer Herzmuskelerkrankung, eines Leidens des Herzbeutels, selbst einer anfänglich rein nervösen Herzerkrankung — sie alle laufen am häufigsten darauf hinaus. Der Herzmuskel wird zu schwach, es kommt zu allgemeinen venösen Stauungen und Kompensationsstörungen und der Herzmuskel muß unter allen Umständen wieder gekräftigt und leistungsfähig gemacht werden. Verf. geht zunächst auf diese praktisch wohl wichtigste Frage näher ein. In erster Linie sollten sich nach Verf. die praktischen Aerzte weit mehr, als dies vielfach geschieht, daran erinnern, daß zur Beseitigung einer Herzmuskelinsuffizienz durchaus nicht immer Arzneimittel notwendig sind, und daß es sehr oft gelingt, durch körperliche Ruhe und zweckmäßige Ernährung die Erscheinungen der Herzmuskelschwäche sehr schnell zum Verschwinden zu bringen. Solche Fälle betreffen am häufigsten streng körperlich arbeitende Menschen, deren Herz mehr durch die körperliche Arbeit als durch das bestehende Herzleiden geschwächt und arbeitsunfähig gemacht wurde. Nimmt man derartigen Kranken das Uebermaß von körperlicher Arbeit und damit auch von Ueberbürdung des Herzmuskels, so gewinnt der Herzmuskel ohne jedes Medikament häufig schnell wieder so viel Arbeitskraft, um jenes Mehr von Arbeit anstandslos auch fernerhin zu verrichten, welches das Herzleiden an sich erforderte. Körperruhe und Milchdiät bewirken hier vielfach schon nach 12 bis 24 Stunden eine vollkommene Veränderung des Bildes. Haben Körperruhe und Milchdiät nach 24, spätestens nach 48 Stunden noch keinen erkennbar stärkenden Einfluß auf den Herzmuskel ausgeübt, dann ist nach E. der richtige Zeitpunkt gekommen, mit einer arzneilichen Behandlung der Herzmuskelschwäche einzusetzen, vorausgesetzt, daß nicht etwa schon bei der ersten Untersuchung des Kranken die Herzmuskelschwäche bereits eine so gefahrdrohende Höhe erreicht hatte, daß es von vornherein notwendig war, mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln einzugreifen. Verf. geht nun auf die immer und immer wieder diskutierte Frage ein, wie man die Digitalis am zweckmäßigsten bei Herzmuskelschwäche verordnet. Er persönlich benutzt nur zwei Digitalispräparate, nämlich entweder die gepulverten Digitalisblätter oder das Cloëttasche Digalen. Von der offizinellen Tinctura Digitalis macht er als zu langsam und weniger zuverlässig wirksam keinen Gebrauch. Verf. gibt den Digitalisblättern in Pulverform vor einem Digitalisinfus ganz entschieden den Vorzug. Nach seiner Erfahrung werden auch die gepulverten Digitalisblätter viel besser vertragen als ein Digitalisinfus. Eine ganz unverkennbare Steigerung in der Wirksamkeit läßt sich dadurch erreichen, daß man die Digitalisblätter mit Diuretin verbindet. Verf. verordnet folgende Arzneiformel für die herzschwachen Kranken auf der Klinik: Rp. Folior. Digitalis pulverat. 0,1, Diuretin 1,0, Mfp. d. f. d. No. X. S. 3 × tägl. 1 P. nach dem Essen in Oblate zu nehmen.

Was das Cloëttasche Präparat betrifft, so steht Verf. nicht an, zu erklären, daß er das Digalen für das beste Digitalispräparat hält, das ihm bekannt ist. Wenn er trotzdem aber noch immer dem Digitalispulver und Diuretin treu geblieben ist, so erklärt sich dies einmal daraus, daß ihm das Digitalispulver lieb geworden ist, und außerdem daraus, daß das Digalen teurer ist. Darüber kann nicht der geringste Zweifel bestehen, daß das Digalen in mancher Beziehung dem Digitalispulver weit überlegen ist. Verf. erinnert daran, daß es ohne Schwierigkeiten auch intravenös, als Klysma und subkutan beziehungsweise intramuskulär verabreicht werden kann, und namentlich wird man die intravenöse Infusion vielfach mit Erfolg dann vornehmen, wenn es sich darum handelt, möglichst schnell Digitaliswirkungen zu erzielen.

Einen ganz entschieden modernen Fortschritt in der Digitalisbehandlung bedeutet es, daß man die übertriebene Angst vor der kumulativen Wirkung glücklich überwunden hat.

Von Strophanthuspräparaten kommen die Tinctura Strophanthi und neuerdings das von Böhringer hergestellte Strophanthin in Frage. Die Tinctura Strophanthi steht der Digitalis nach Verfassers Ansicht an Sicherheit der Wirkung nicht gleich. Er selbst verwendet sie daher in der Regel nur dann, wenn er Grund hat, die Digitalis aussetzen zu müssen und dennoch ein Herztonicum weiter anwenden möchte. Bei einzelnen Kranken hat Verf. es erlebt, daß sie auf Digitalis wenig, dagegen vortrefflich auf Strophanthustinktur reagierten.

Für solche Fälle von Herzmuskelschwäche, die den Herztonica widerstehen, empfiehlt sich nach Verfassers Beobachtung der Aderlaß, der in der Praxis zu wenig vorgenommen wird. Der Erfolg auf das geschwächte Herz ist häufig ein überraschend großer, wenn man den venösen Kreislauf durch einen Aderlaß von Blut entlastet. Ist es nun gelungen, einen schwachen Herzmuskel wieder so in seiner Kraft zu heben, daß er seiner Aufgabe wieder vollkommen gerecht werden kann, so erwächst dem Arzte die Aufgabe, den Herzmuskel in Zukunft möglichst lange arbeitsfähig zu erhalten. Um dies zu erreichen, sind körperliche und geistige Ruhe, zweckmäßige Ernährung und Lebensweise die notwendigsten Bedingungen. Namentlich die geistige Ruhe ist wichtig.

Zum Schluß erörtert Verf. noch einzelne Punkte in der Behandlung von Herzkrankheiten, die man gerade der modernen praktischen Medizin verdankt. An erster Stelle betont er, daß man gelernt hat, mit Narkotica nicht zu ängstlich zu sein. Die älteren Aerzte waren der Meinung, daß Narkotica von Herzkranken nicht vertragen würden. Dies ist sicherlich unrichtig. Rosenbach hat das Morphium geradezu als ein Herztonicum bezeichnet und Verf. möchte ihm insofern beistimmen, daß man, wenn man einem dyspnoischen und von Herzschmerz und Angst gequälten Herzkranken durch eine subkutane Morphiuminjektion eine ruhige Nacht schafft, dem Herzmuskel jedenfalls Gelegenheit gibt, sich von den Strapazen unruhiger Nächte zu erholen. Stenokardische Anfälle und Anfälle von Herzklopfen werden durch eine Morphiuminjektion vielfach in überraschend kurzer Zeit beseitigt. Auch ein längerer Fortgebrauch des Morphiums bringt dem Kranken keinen Schaden, in der Regel nur Nutzen. Statt des Morphiums kommt man in vielen Fällen mit dem Sahlischen Pantopon aus (0,02 g). Weiterhin macht Verf. auf den großen Nutzen der Nitropräparate aufmerksam, im besonderen des Nitroglyzerins und des Amylenum nitrosum, mit dem man bei stenokardischen und dyspnoischen Zuständen, namentlich bei Arteriosklerose der Coronararterien, recht häufig gute und andauernde Erfolge erreicht. Von hohem praktischen Werte ist nach Verf. ohne Frage das Adrenalin, dessen Wirksamkeit in Verengerung der Gefäße und Erhöhung des Blutdruckes besteht. Verf. hat pulslose Kranke mit fast unhörbaren Herztönen sehr schnell wieder sich erholen sehen, wenn man ihnen Adrenalin in die Venen infundiert hatte.

Schließlich darf nicht vergessen werden, daß das Heil der Herzkranken nicht in den Mitteln der inneren Medizin allein gelegen ist, sondern daß wir auch der Chirurgie große Errungenschaften zu verdanken haben, welche zum Teil der allerneuesten Zeit angehören. Verf. erinnert zunächst an die operative Behandlung der Perikarditis. Von eitrigen Herzbeutelentzündungen wurden durch Eröffnung des Herzbeutels bis zu 57 pCt. der Kranken gerettet, die ohne Operation wohl ohne Ausnahme zugrunde gegangen wären. Bei externer Perikarditis mit Verwachsungen des äußeren Herzbeutelblattes mit der inneren Brustwand sind durch Kardiolyse sehr gute Ergebnisse erzielt worden. Bei lästigen Empfindungen in der Herzgegend hat mehrfach die Thorakotomie über dem Herzen große Erleichterung gebracht. Trendelenburg hat den Vorschlag gemacht und auch praktisch ausgeführt, bei Embolie der Pulmonalarterie das Gefäß bloßzulegen und den Embolus operativ zu entfernen. Kr.

Oberarzt Dr. **Mörchen: Ueber Gelonida, eine neue Tablettenform, und ihre Wirkung bei Nerven- und Gemütskrankheiten.** Aus Dr. v. Ehrenwalls Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke in Ahrweiler. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, No. 52.)

Die Dispensierung weitaus der meisten festen Medikamente in Tablettenform ist wegen mannigfacher Vorzüge dieser Darreichungsart geradezu ein modernes Bedürfnis geworden. Ein nicht zu unterschätzender Nachteil haftete jedoch bisher fast allen Tabletten an: schwere Zerfallbarkeit. Diese bewirkte bei manchen bestimmten Medikamenten eine so beträchtliche Verzögerung und Verlangsamung der Wirkung, daß der therapeutische Effekt dadurch nicht selten erheblich beeinträchtigt, bisweilen sogar aufgehoben wurde, abgesehen davon, daß oft die Tablette selbst die Magenwände oder sogar den Darmtraktus reizte. Es ist deshalb von nicht geringer praktischer Bedeutung, daß der Firma Goedecke & Co., Berlin, die Darstellung

einer neuen Tablettenform — Gelonida — gelungen ist, die von diesem Nachteil vollkommen frei ist, wie die Versuche des Verfassers anschaulich zeigen. Es handelt sich bei den Gelonida um ein besonderes patentiertes Verfahren, welches die Tablette in Flüssigkeiten, also auch im Magensaft, gewissermaßen „sprengt", so daß selbst bei stärkster Komprimierung ein schneller Zerfall der Tablette gewährleistet ist. Bei vergleichenden Prüfungen von Rheum, Pyrenol, Veronal (Dyäthylbarbitursäure), Opium, Morphium etc. als Gelonida und in gewöhnlichen Tabletten, in Wasser und in einer Art künstlichem Magensaft zeigte sich, daß bezüglich der Erweichung und Zerfallbarkeit die Gelonida den anderen Tablettenformen weitaus überlegen sind. Bei Acetylsalicylsäure, Sulfonal in Gelonidaform, sowie bei den Gelonida antineuralgica ist die Ueberlegenheit in der Schnelligkeit des Zerfallens sogar ganz verblüffend. In gewöhnlichem Wasser zerfielen die Gelonida teilweise in einer geradezu explosionsartigen Weise; Verfasser empfiehlt deshalb das Nachtrinken von Wasser bei dem Einnehmen von Tabletten jeder Art. Aber auch in schleimhaltigem künstlichen Magensaft waren die Gelonida schon vollständig zerfallen, wenn die gewöhnlichen Tabletten noch gar nicht oder doch nur zur Hälfte erweicht waren. Auch zeigte es sich, daß die letzteren selbst nach ziemlich vollständigem Erweichen, was meist erst nach einer halben Stunde bis zur Leichtzerdrückbarkeit geschehen war, noch eine etwas klebrige, kleisterartige Masse bildeten, die an den Wänden des Glases haftete, während die Gelonida ein feinkörniges Pulver darstellten, sobald sie zerfallen waren.

Besonders beachtenswert sind die klinischen Ergebnisse bezüglich der Gelonida im Vergleich zu gewöhnlichen Tabletten. Einen guten Prüfstein bilden hier vor allem Veronal (Diätylbarbitursäure) und Sulfonal. Es ist bekannt, daß gewöhnliche Tabletten dieser Schlafmittel oft gar nicht oder erst am nächsten Tage sedativ bezw. hypnotisch wirken, wegen der außerordentlich verzögerten Resorption. Bei Verwendung von Gelonida Sulfonali bezw. Acid. diaethylbarbituric. trat der hypnotische Effekt bedeutend schneller ein und zwar in derselben Weise, wie wenn Sulfonal bezw. Veronal in Pulverform gereicht wurde. Bei Sulfonal schien sogar eine gewisse Ueberlegenheit der Gelonida gegenüber dem Pulver zu bestehen, auch bezüglich geringerer Nachwirkungen am nächsten Tage. Dabei wurde nie über eine Belästigung des Magens geklagt, auch wenn die Tabletten im ganzen verschluckt wurden. Diese augenfällige Ueberlegenheit der Gelonida gegenüber den gewöhnlichen Tabletten, gemessen an der leicht kontrollierbaren klinisch-therapeutischen Wirkung von Sulfonal und Veronal, ist der anschaulichste Beweis für die praktische Bedeutung dieser neuen Tablettenform. Bei einigen Medikamenten liegen, wie der Verfasser hervorhebt, in der Tat die Dinge so, daß für ihre Verwendung als Tabletten die Gelonidaform die Sicherheit der Wirkung bedeutend erhöht und die Gelonida deshalb vor den bisherigen Tablettenformen den Vorzug verdienen. H.

Dr. **Camphausen**, Spezialarzt f. Lungenkrankheiten, leitender Arzt des Sanatoriums Neudorf bei Görbersdorf: **Sotopan bei Lungenkrankheiten.** (Fortschritte der Medizin, 1911, No. 48.)

Verf. hat das Sotopan mit ausgezeichnetem Erfolge bei Tuberkulose verwendet. Das Sotopan kommt in flüssiger und in Tablettenform in den Handel und enthält laut Analyse als wirksame Bestandteile: Chinin, Brom, Calcium glycerophosphoricum und Ferrum lacticum. Wie Sobotta dargetan hat, beruht das eigentlich disponierende Moment der Tuberkulose zum nicht geringen Teil auf einer Verarmung der Körperorgane an Kalksalzen. Es erscheint daher durchaus berechtigt, Kalk zur Behandlung der Tuberkulose heranzuziehen. Haupterfordernis bei dieser Art der Therapie ist aber natürlich, daß die Kalksalze gut löslich und resorbierbar sind. Diese Forderung wird von Sotopan in vollkommener Weise erfüllt, indem es als Hauptbestandteil das Calcium glycerophosphoricum, ein gut lösliches, leicht resorbierbares Kalksalz, enthält. Dieses Kalksalz hat noch den Vorzug, durch seinen Gehalt an Lecithin als Nervennahrung zu dienen. Auf diesen Gehalt führt Verf. in erster Linie die gute Wirkung des Sotopans bei Tuberkulose zurück. Von großer Bedeutung ist ferner, daß das Sotopan in äußerst glücklicher Form und Dosierung das altbewährte Brom enthält, das beruhigend auf das labile Nervensystem des Phthisikers einwirkt. Ferner enthält das Sotopan zur Bekämpfung der Anämie Eisen in Form von Ferrum lacticum, das leichtlöslich und wohlbekömmlich ist. Als letzte Komponente des Sotopans ist das Chinin hervorzuheben, das als Tonicum und Stomachicum nicht zu unterschätzen ist; auch machte Verf. die Erfahrung, daß unter Behandlung mit Sotopan gewisse Formen tuberkulösen Fiebers, die anderen Mitteln trotzten, günstig beeinflußt wurden. Verf. ist geneigt, diese Wirkung des Präparates auf eine spezifische Wirkung seines Gehaltes an Chinin zurückzuführen.

Verf. möchte das Sotopan in erster Linie bei allen Formen von Tuberkulose empfehlen, speziell bei Tuberkulose, die durch Diabetes kompliziert ist, wie auch bei den Formen, die durch Schwangerschaft resp. während des Stillens in Erscheinung treten resp. sich verschlimmern. Sodann ist es von günstigem Einfluß bei allen Zuständen von Anämie und Chlorose, sowohl primärer wie sekundärer Natur, bei allen Erschöpfungszuständen, zehrenden Krankheiten mit Magenstörungen, speziell auch bei dem großen Heer neurasthenischer Beschwerden. Endlich hält Verf. das Präparat im Verein mit hygienisch-diätetischen Maßnahmen für ein willkommenes Hilfsmittel bei der Behandlung der Skrofulose und Rachitis. Die Kosten einer Sotopankur sind so gering (täglich ca. 20—25 Pfg.), daß sie auch weniger bemittelte Kranke erschwingen können Kr.

Bakteriotherapie, Organotherapie.

Dr. **Saathoff** (Oberstdorf): **Die spezifische Erkennung und Behandlung der Tuberkulose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. bespricht zunächst die diagnostischen Tuberkulinreaktionen. Dabei betont er, daß das Tuberkulin eine bestehende Tuberkulose nicht unmittelbar anzeigt, sondern daß es nur ein Reagens auf die Anwesenheit des Immunkörpers gegen das tuberkulöse Gift ist. In der Praxis zieht Verf. die Probe nach v. Pirquet allen anderen Methoden vor. Er stellt sie mit einer Spur unverdünnten Alttuberkulins an. Er unterscheidet vier Grade der Reaktion. Der erste Grad entspricht der maximalen Reaktion. Nach ca. 24 Stunden sieht man an der Impfstelle umfangreiche, stark erhabene Quaddeln oder dicke Infiltrate mit feuerroten, ausgebreiteten Reaktionshöfen. In den nächsten Tagen klingt die Entzündung ab; nur im Zentrum bleibt eine derbe, rote Papel noch Wochen bis Monate bestehen. Nach Verf. bedeutet diese Form der Reaktion eine reichliche Anwesenheit von Immunkörpern und ist prognostisch günstig. Die Mehrzahl aller Menschen reagiert nach der zweiten Form (Dauerpapel). In 24—48 Stunden bildet sich eine mehr oder weniger derbe, mäßig entzündliche Infiltration aus, die einige Zeitlang, bis Wochen bestehen bleibt. Je derber die Papel ist, um so günstiger für den Träger. Auch die meisten klinisch Gesunden reagieren auf diese Weise. Findet sich die Reaktion bei einer manifesten Tuberkulose, so ist die Prognose meist günstig; fast alle chronisch-indurativen Formen gehören hierher. Tritt die Reaktion noch später, nach 3—5 Tagen, in Gestalt einer minimalen Infiltration auf, so kann man auf einen längst abgelaufenen Herd schließen. — Die dritte Art der Reaktion verläuft folgendermaßen: Bei der ersten Impfung bekommt man gar keine Reaktion. Bei der zweiten Impfung bekommt man eine positive Reaktion, die aber schnell, nach 6—12 Stunden, entsteht, in Form eines roten Hofes um den Schnitt, und sehr rasch wieder verschwindet (Schnellreaktion). Es handelt sich dabei meist um ungünstige, vorgeschrittene Fälle. Findet sich diese Reaktion schon im Anfang der Erkrankung, so ist die Prognose zweifelhaft. Ist eine Reaktion schließlich gar nicht mehr zu erzielen, so handelt es sich meist um ganz hoffnungslose Fälle. Was nun die therapeutische Anwendung des Tuberkulins anlangt, so nimmt Verf. den Ausfall der Pirquetschen Reaktion zum Maßstab. Reagiert der Pat. nach der ersten oder zweiten Art, so ist er zur Tuberkulinkur geeignet, vorausgesetzt, daß auch die klinische Untersuchung befriedigend ausfällt. Bei stark reagierenden Patienten wird mit etwa $^1/_{1000}$—$^1/_{5000}$ mg, bei den mit Dauerpapel reagierenden mit ungefähr $^1/_{500}$ mg Tuberkulin begonnen. Verf. hält vom theoretischen Standpunkt aus alle Tuberkuline und Tuberkelbacillenpräparate für gleichwertig; er selbst benutzt das Alttuberkulin der Höchster Farbwerke; man muß sich immer die Lösungen frisch herstellen. Als Ort der Injektion nimmt er den Arm. Ist das nach der ersten Injektion auftretende entzündliche Infiltrat ungefähr zweimarkstückgroß, so hat man die richtige Dosis getroffen; man injiziert dann beim nächsten Mal dasselbe Quantum. War die erste Reaktion zu schwach oder zu stark, so wählt man eine kleinere oder größere Dosis, bis die optimale Reaktion erzielt wird. Der Zeitraum zwischen den einzelnen Injektionen wird nach dem völligen Abklingen der entzündlichen Erscheinungen bestimmt; er schwankt zwischen 5 und 7 Tagen. Werden die Reaktionen schwächer, so steigt man langsam an, immer an der Grenze der gekennzeichneten optimalen lokalen Infiltration sich haltend. Verf. steigt mit den Dosen im allgemeinen nur bis $^1/_{100}$ mg; er steht auf dem Standpunkt, daß, wenn die Ueberempfindlichkeit schnell abnimmt, wenn man also die Tuberkulindosen rasch und bedeutend steigern muß, dann die Tuberkulinkur überhaupt wenig Zweck hat und daher besser abzubrechen ist. Im allgemeinen nimmt eine nach den dargelegten Grundsätzen durchgeführte Kur 8 bis 12 Wochen in Anspruch. Nach des Verfassers Erfahrungen ist eine derartige Tuberkulinkur in vielen Fällen von guter Wirkung; indessen bestehen doch große individuelle Verschiedenheiten. In der Krankenhauspraxis waren die Erfolge

wesentlich besser als bei den Sanatoriumspatienten. Die Erklärung sieht Verf. in folgendem Umstand: Im Krankenhaus handelt es sich vorwiegend um robustere junge Leute aus der arbeitenden Klasse, die häufig unterernährt sind und schon deshalb dankbare Objekte für jede Therapie abgeben. Im Sanatorium dagegen hat man vorwiegend mit empfindlichen Kranken der besser gestellten Klassen zu tun, an denen schon die häusliche Pflege alles versucht hatte. Aehnliche Unterschiede bestehen auch zwischen der Privat- und der Kassenpraxis. Zweitens sind die im Krankenhause zur Behandlung kommenden Fälle meist frischerer Natur; bei ihnen ist die Krankheit eben aus dem latenten in das aktive Stadium übergetreten. Dagegen finden sich in den Sanatorien viel mehr chronische Fälle, die entweder zu Hause oder in anderen Anstalten schon lange ohne Erfolg behandelt worden sind. Die Tuberkulinbehandlung ist deshalb geeigneter für die Krankenhäuser, Heilstätten und Kassenpraxis, als für die oberen Schichten der Bevölkerung; für robustere Naturen eignet sie sich eher als für zarter konstituierte; vor allem hat sie in einem möglichst frühen Stadium einzusetzen. Daneben sind die altbewährten physikalisch-diätetischen Hilfsmittel in vollem Maße anzuwenden.

Anastasia Tschikste: Ueber die Wirkung des im Schilddrüsencolloid enthaltenen Nukleoproteides bei Morbus Basedowii. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Oswald hat aus dem Colloid der Schilddrüse ein jodhaltiges Thyreoglobulin hergestellt, welches die physiologischen Wirkungen der Schilddrüsensubstanz, speziell auf den Stoffwechsel, ausübt. Außerdem hat er aus der Schilddrüse ein Nukleoproteid dargestellt, welches phosphorhaltig, aber jodfrei ist. Da das Natr. phosphoric. nach Th. Kocher bei Morbus Basedowii gewisse günstige Wirkungen ausübt, so lag die Vermutung nahe, daß auch dieses phosphorhaltige Nukleoproteid der Schilddrüse ähnliche günstige Wirkungen bei Morbus Basedowii zeigen würde. Um diese Frage zu untersuchen, stellte die Verfasserin das Nukleoproteid nach der von Oswald angegebenen Methode dar; als Material dazu dienten zahlreiche von Prof. Kocher exstirpierte Strumen. Sie machte mit der so gewonnenen Substanz therapeutische Versuche bei einer 18 jährigen Patientin, die wegen Morbus Basedowii sich in der Berner chirurgischen Klinik befand. Es wurden 1- oder 2 proz. Lösungen des Nukleoproteids in Kochsalzlösung (etwas stärker als physiolgische) verwendet und in Mengen von 10 bis 20 g in die Glutäen injiziert. Im ganzen wurden innerhalb 3 Wochen 4 Injektionen gemacht. Die Injektionen erzeugten meist Fieber. Während dieser Zeit wurden der N- und P-Stoffwechsel der Patientin untersucht. Es ergab sich, daß unter der Einwirkung des Nukleoproteids eine Retention von N und P_2O_5 erfolgte. Diese Wirkung läßt das Nukleoproteid als Antagonisten der jodhaltigen Schilddrüsensubstanz erscheinen. Es trat während der Versuchszeit, innerhalb 5 Wochen, eine Zunahme des Körpergewichts von 41 kg auf 55½ kg ein. Die spezifischen Basedowsymptome wurden jedoch nicht wesentlich beeinflußt.

R. L.

Physikalische Therapie.

Dr. **Julius Simon** (Heidelberg): **Aderlaß und Kochsalzinfusion in der Dermatologie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Bruck hat zuerst den Aderlaß in Verbindung mit der Kochsalzinfusion bei gewissen Hautkrankheiten, den sogen. Toxikodermien, empfohlen; es gehören in diese Gruppe Pruritus, Prurigo, Urticaria, Pemphigus, Strophulus u. a. Verf. berichtet über die Ergebnisse, welche mit dieser Methode in der Heidelberger Universitätshautklinik erzielt wurden. Es werden durch Venenpunktion 100—200 ccm Blut entnommen; man läßt dann sogleich durch dieselbe Kanüle 3—700 ccm 0,9 proz. sterile Kochsalzlösung einfließen. Der beschriebene Eingriff wird je nach dem Grade der erreichten Wirkung 3- bis 6 mal oder noch öfter in Intervallen von 5—6 Tagen wiederholt. Irgendwelche unangenehmen Nebenwirkungen wurden nie beobachtet, auch kein Fieber. Zur Behandlung gelangten Fälle von Pruritus universalis, lokalisierter Pruritus, Pruritus senilis, verschiedene Formen von Urticaria und Oedema fugax, von chronischem Ekzem, Psoriasis, chronisch-rezidivierende Furunculosis und ein Fall von Pemphigus chronicus. Die besten Erfolge wurden bei Pruritus erzielt. In allen Fällen trat fast unmittelbar nach dem Eingriff ein auffälliges Nachlassen des quälenden Juckreizes auf; in vielen Fällen verschwand das Jucken ganz. Der Erfolg hielt zunächst 3—4 Tage an, dann kamen oft Rückfälle; durch Wiederholung des Eingriffs trat jedesmal wieder derselbe günstige Effekt auf, und allmählich blieb das Jucken ganz fort. Eine Besserung wenigstens stellte sich in allen Fällen von Pruritus ein. Ferner bewährte sich die Methode in vielen Fällen von Urticaria, während sie bei manchen Fällen völlig versagte. Bei Psoriasis wurde kein Effekt erzielt, dagegen in einem Falle von chronisch-rezidivierender Furunculosis des Nackens. Bei gewissen Formen von konstitutionellem Ekzem wurden ebenfalls gute Erfolge erzielt; es waren darunter Fälle, bei denen alle anderen Behandlungsmethoden versagt hatten.

Privatdozent Dr. **O. Bruns** (Marburg): **Ziele und Erfolge der Behandlung von Kreislaufstörungen mit Unterdruckatmung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Nach den von Verf. in der Marburger medizinischen Klinik gemachten Beobachtungen erleichtert die Unterdruckatmung die Saug- und Pumparbeit des rechten Herzens und ist daher von Erfolg bei den durch Insuffizienz der Atmungsorgane (Thoraxstarre, Pleuraschwarten, Kyphoskoliose etc.) bedingten Kreislaufstörungen, also in erster Linie beim sogen. Emphysem- und Asthmaherz. Die Unterdruckatmung ist ferner von Erfolg beim Bronchialasthma durch Bekämpfung der Lungenüberdehnung, ferner als Uebungstherapie bei bestimmten Formen von Herzmuskelschwäche, besonders bei dem muskelschwachen Herzen der Fettsüchtigen. Auch zur Funktionsprüfung des Herzens kann die Unterdruckatmung verwendet werden. Setzt die Unterdruckatmung ein, so beobachtet man normalerweise eine Zunahme der Pulsgröße und Spannung an der Radialis. Bleibt diese Zunahme der Pulsgröße und Füllung aus, wird vielmehr der Puls leerer, so ist der Beweis geliefert, daß das linke Herz nicht fähig ist, die ihm zugeführte vermehrte Blutmenge in das Arteriensystem weiterzutreiben. Untersucht man das Herz selbst, so wird man dabei eventuell das Auftreten von Geräuschen und abnormen Pulsationen, das Einsetzen einer Arrhythmie, eines Galopprhythmus oder einer abnormen Frequenzsteigerung beobachten können. Kurz, man kann dann am Herzen irgendwelche abnormen Erscheinungen finden, die vor der Atmung verdünnter Luft nicht zu beobachten waren.

R. L.

Chirurgische Therapie.

Dr. **Albert** (Wien): **Beiträge zur Pathologie und Therapie der Varicen und des Ulcus cruris.** (Medizinische Blätter, 1911, No. 22.)

Die Pathogenese der Varicen und der mit ihnen in innigem Zusammenhang stehenden varicösen Geschwüre (Ulcera curis) ist trotz ihres häufigen Vorkommens noch nicht vollständig geklärt. Das als regelmäßige Ursache derselben angeführte mechanische Moment — die behinderte und erschwerte Zirkulation — kann nicht für alle Fälle als ausreichender Grund angenommen werden, weil wir häufig Fällen begegnen, wo hochgradige Varicenbildung mit einem kaum nennenswerten Hindernisse der Zirkulation einhergeht, andererseits aber bedeutende, durch große Becken- und Bauchtumoren bedingte Kompression der Iliaca gar keine oder nur geringfügige Erweiterungen der Venen der unteren Extremitäten zur Folge hat. Die alltägliche Beobachtung lehrt uns, daß das mechanische Moment, dem allerdings in der Aetiologie der Varicen eine große Bedeutung nicht abgesprochen werden kann, doch nicht in allen Fällen zur Erklärung dieser pathologischen Erscheinung hinreichend ist und daß eine gewisse Prädisposition der Gefäßwände, eine Alteration der Gewebe in denselben, ein degenerativer Vorgang mit Schwund der elastischen Fasern als Grundlage dieses Prozesses notwendig vorausgesetzt werden muß. Saboroff nimmt eine erbliche Veranlagung zur Varicenbildung an, wobei die Venenwände von Hause aus schlaff und wenig elastisch sind und den wechselnden Drücken nicht folgen können.

Die Therapie der Varicen und des Ulcus cruris stellt den Arzt vor große, oft unübersteigbare Schwierigkeiten, und es sind zahlreiche Mittel und Methoden zur Besiegung herangezogen worden. Verf. bezieht sich in vorliegender Arbeit bloß auf seine Erfolge, die er mit einigen Präparaten und Verbandstoffen erzielt hat, die ihm von der „Hamburger Chemischen Fabrik“ in Hamburg für diesen Zweck zur Verfügung gestellt waren. Als besonderen Vorzug dieser Präparate hebt Verfasser zunächst den Umstand hervor, daß sie die früher geübte Methode der Horizontallagerung des kranken Beines entbehrlich machen und die Heilung des Geschwürs auch beim Gebrauch der Extremität ermöglichen, so daß die Patienten ungehindert ihrem Berufe nachgehen können. Ja, es zeigte sich, daß die gewohnheitsmäßige Uebung der Muskulatur beim Gehen und Stehen eine lebhaftere Durchblutung der Extremität und eine bessere Ernährung der Gewebe herbeiführte, wodurch der Heilungsprozeß wesentlich begünstigt wurde. Die zur Anwendung gelangten Präparate sind: die Alumethalbinde, Alumethalwatte, Olospulver, Colaminbinde, Olospflaster und Olosbinde. Schon die glückliche Zusammensetzung des Alumethal aus Alumen acetotartaricum, Methylenblau, Lysoform, Alumen aceticum usw., sagt Verf., ließ eine günstige Beeinflussung der torpiden Geschwüre im Sinne einer Reinigung der Wunde und wirksamer Anregung

der Granulationsbildung von vornherein erwarten. Stellt das Alumen die adstringierende und gefäßkontrahierende (die Kontraktion der erschlafften Gefäße muß bei Ulcera cruris als Heilagens aufgefaßt werden) Kompenente dar, so wirkt das Lysoform antiseptisch, das Methylenblau auf Grund einwandfreier Versuche eminent granulationsfördernd und besonders schmerzlindernd. Die Behandlung wird nur in der Weise vorgenommen, daß das Geschwür mit Alumethalwatte sorgfältig und vorsichtig gesäubert wird, wobei auf Schonung der torpiden, leicht blutenden Granulationszellen Rücksicht genommen werden muß, und die Wunde mit Oloswundpulver bestreut wird. Durch letzteres erzielt man eine Hemmung der eitrigen Sekretion, die früher durch Zersetzung des Eiters den Patienten und die Umgebung in höchst unangenehmer Weise belästigte. Das Olospulver wirkt ganz vorzüglich, indem es das Geschwür rasch reinigt, die lästige Eiterbildung sistiert und die Basis des Ulcus binnen kurzer Zeit mit gesunden, kräftigen Granulationen sich bedeckt. Ueber das Olospulver, das in dünnen Schichten aufgetragen werden muß, kommt die Alumethalgaze, die das ganze Geschwür nach allen Seiten bedecken und auch darüber hinaus auf die gesunde Haut hinübergreifen soll, wodurch die Proliferation gesunder Epidermiszellen und die Ueberhäutung des Ulcus von den Rändern befördert wird. Ist das Geschwür auf diese Weise gut versorgt, so kommt darüber die Colaminbinde, die aber nicht allein auf das Geschwür sich beschränken darf, sondern den ganzen Fuß und Unterschenkel umfassen soll, wodurch ein gleichmäßiger Druck und eine wünschenswerte Kompression der erschlafften und dilatierten Gefäße erzielt wird. Diese Binde ist vermöge ihrer salbenartigen Unterlage mit der Unna schen Gelatinbinde in Parallele zu stellen, vor der sie den Vorzug absoluter Reizlosigkeit und bequemerer und leichterer Applikationsmöglichkeit besitzt. Bei guter, sorgfältiger Anlegung derselben, die leicht entfernt werden kann, bietet sie einen vollständigen und gleichwertigen Ersatz der fixen Gips-, Kleister-, Gelatine-, Pflasterverbände usw. und gewährt den großen Vorteil, jederzeit leicht abgenommen werden zu können. Die Binde soll nur so fest um das Bein gelegt werden, daß sie überall gerade glatt anliegt. Die so kunstgerecht angelegte Binde übt nun einen leichten Druck auf das Bein aus, komprimiert leicht die Gefäßwände, behindert die weitere Ausbreitung der Varicen und fördert die Heilung der bereits bestehenden. Ein großer Vorteil dieser Binden liegt darin, daß der Pat. nicht gezwungen ist, das Bett zu hüten und daß er seinem Berufe nachgehen kann, ohne die Kur unterbrechen zu müssen und ohne die Heilung des Geschwürs dadurch wesentlich zu behindern.

Das Olospflaster leistete bei der Behandlung callöser Geschwüre durch künstliche Zusammenziehung der Ränder gute Dienste. Bei Varicen ohne Geschwürsbildung, auch als Palliativmittel hat Verf. die von der Firma erzeugten Olosgummibinden mit ausgezeichnetem Erfolge angewendet. Aus einem gut elastischen Trikotstoff hergestellt, eignen sie sich sehr gut zur Einwicklung des kranken Beines und möchte Verf. sie besonders bei schwangeren Frauen zu Beginn der Gravidität prophylaktisch zur Vorbeugung der unvermeidlichen Varicen wärmstens empfehlen. Die Anlegung erfolgt nach der einer jeden Binde beigegebenen Vorschrift. Kr.

Dr. **Hinz** (Gr.-Lichterfelde bei Berlin): **Ein Beitrag zur freien Gelenkplastik.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Verf. berichtet über einen Fall, in welchem er die freie Gelenkplastik nach Lexer versuchte. Bei einem 21 jährigen Manne resezierte er wegen Tuberkulose des rechten Kniegelenks vom Tibiakopf etwa 1½ cm, vom Femur etwa 2½ cm; die Gelenkkapsel wurde nur teilweise exzidiert. Darnach wurde die Blutstillung durch Ligaturen und Tamponade möglichst exakt ausgeführt, was aber nicht völlig gelang. Inzwischen wurde der Leiche eines 1½ Stunden vorher an Brustschuß gestorbenen, sonst gesunden 40 jährigen Mannes das Transplantationsmaterial entnommen. Entsprechend große Teile des Tibiakopfes und des Femurendes wurden im Zusammenhang mit den Menisken und den Ligamenta cruciata reseziert und in die Operationswunde des Patienten eingepaßt. Dies machte einige Mühe, da die zu implantierenden Knochen etwas breiter waren als die des Kranken und erst durch reichliche Abtragungen adaptiert werden mußten. Eine besondere Befestigung der Knochenteile untereinander wurde nach dem Vorschlage von Lexer unterlassen. Darauf wurde der große Hautlappen mit Patella und Tuberositas tibiae zurückgeschlagen, die letztere an ihrem Ansatz durch Periostnähte wieder fixiert und nach Naht der Kapsel und Fascien die Hautwunde durch Nähte geschlossen. Dann wurde ein zirkulärer Gipsverband angelegt. Anfangs schien der Verlauf gut zu sein; bald aber bildete sich eine, später eine zweite eitersezernierende Fistel aus, weswegen nach einigen Monaten das Gelenk wieder freigelegt wurde. Dabei zeigte sich, daß der Knorpelüberzug der implantierten Knochen verlorengegangen war, während die Knochen selbst nicht nekrotisch erschienen. Deshalb wurde die Wunde wieder geschlossen und weiter abgewartet. Jedoch wurde durch Röntgenaufnahme festgestellt, daß an der femoralen Knochenplatte der nekrotisierende Prozeß ständig fortschritt; das Implantationsstück der Tibia dagegen zeigte keine derartigen Veränderungen, nur eine gewisse Abflachung der Knochenplatte. Da die Eiterung aus der Fistel aber stärker wurde, so wurde schließlich das implantierte Gelenk reseziert; seitdem erfolgte die Heilung ungestört. — Bei der Besichtigung des resezierten Gelenks zeigte sich, daß das der Tibia implantierte Stück in ganzer Ausdehnung mit der Tibia knöchern verwachsen war; trotzdem war es in ganzer Ausdehnung nekrotisch geworden; das femorale implantierte Stück war durch Nekrose fast vollkommen zerstört, bis auf eine dünne Knochenplatte, die als freier Sequester im Gelenk lag. Die Kapsel war überall durch braunrotes Granulationsgewebe ersetzt, in das auch die Patella vollkommen eingebettet war. Ein Rezidiv der Tuberkulose war weder am Knochen noch in der Kapsel festzustellen. R. L.

Technisches.

Dr. **L. Dufaux**, Arzt für Hautkrankheiten in Berlin: **Ueber Janetsche Harnröhrenspülungen und eine neue Kanüle zur erfolgreichen Ausführung derselben.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 42.)

Von allen bisher verwendeten abortiven Methoden der Tripperbehandlung ist die Janetsche nach Verf. jedenfalls zurzeit die empfehlenswerteste, welche, mit Vorsicht, Sachkenntnis und der nötigen Auswahl der Fälle angewendet, ohne Komplikationen schnell und sicher zur Heilung führt. Die Janetsche Methode kann nur dann ihre volle vorzügliche Wirkung ohne jede Gefahr einer Verschlimmerung des Leidens, noch einer Irritation oder Läsion des Gewebes entfalten, wenn sie unter strenger Einhaltung der feststehenden Indikationsgrenze mittels eines sanften, allmählich an- und abschwellenden, genau dosierbaren Druckes und kontinuierlichen, jederzeit regulierbaren und sofort unterbrechbaren Zuflusses der Irrigationslösung ausgeführt wird. Damit muß, nachdem der Patient uriniert hat, die Harnröhre schrittweise von vorn nach hinten erst sauber gespült, dann durch Erzeugung rückläufiger Wellen exprimiert respektive massiert und schließlich durch sanftes, allmähliches Anschwellenlassen des Flüssigkeitsdruckes und -quantums ein immer stärker werdender Seitendruck erzeugt werden, welcher die Mucosa ad maximum dehnt, die Falten und Fältchen zum völligen Verstreichen, die Lakunen und Drüsen zum Klaffen bringt und das Gewebe — es oberflächlich imbibierend — zur serösen Transsudation und zum Abschwemmen der Infektionserreger anregt. Zum Schluß muß dann durch successives, gleichmäßiges Steigern des Druckes, entsprechend der höchst variablen Suffizienz des Compressor urethrae und Anhalten dieser relativen Maximaldruckhöhe, der Verschluß zur Urethrae posterior überwunden und auch diese mit einem gewissen Quantum der Injektionslösung durchspült werden. Diese für einen guten, sicheren und raschen Erfolg notwendigen Grundbedingungen lassen sich nur erfüllen durch Verwendung des hydrostatischen Druckes mit regulierbarer Fallhöhe der Flüssigkeit und einer einfach konstruierten, leicht zu reinigenden, mit Schutzvorrichtung und auswechselbarer Ansatzolive versehenen, durchsichtigen Kanüle, bei welcher der Zufluß (nicht der Abfluß) der Injektionslösung mittels eines mühelos und in feinsten Abstufungen verstellbaren Hahnes fortwährend genau reguliert und dosiert und momentan gänzlich unterbrochen werden kann. Von diesen Erwägungen ausgehend hat Verf. vor Jahresfrist von dem Glashüttenwerk von Poncet (Berlin, Köpenickerstr. 54) eine dementsprechende gläserne Kanüle anfertigen lassen. Dieselbe besteht aus einem zylindrischen Glasrohr, welches vorn in eine mit glattrandiger Ausflußöffnung (von ca. 2 mm Durchmesser) versehene Olive und hinten in eine leichte Anschwellung zur Befestigung des Irrigatorschlauches ausläuft. 1—2 cm hinter der Olive erhebt sich die einfachwandige Schutzglocke, nach vorn sich halbkugelig öffnend und die Olive zum Teil überdachend. Dicht hinter der Glocke befindet sich ein zerlegbarer, leicht verstellbarer Glashahn mit Metallbügel. Durch das verschiedene Einstellen des Bügels und das dadurch bewirkte mehr oder weniger weite Offenwerden des Durchflußkanals innerhalb des Hahnes werden Menge, Geschwindigkeit und Druck der zuströmenden Injektionsflüssigkeit genau dosiert und reguliert, so daß man die oben aufgestellten Bedingungen exakt erfüllen kann. Um ein Vermischen der aus der Harnröhre wieder abfließenden, verunreinigten Flüssigkeit mit der frisch einströmenden hintanzuhalten, schließt man jeweilig den Hahn, das heißt, unterbricht den Zufluß und zieht gleichzeitig die Kanüle etwas zurück und damit die Olive aus der Urethralöffnung heraus. Die Vorzüge dieser Kanüle den bisher gebräuchlichen Kanülen gegenüber bestehen darin, daß der Arzt Zulaufrohr, Olive und Hahn in einer und derselben Hand hält und jederzeit, ohne die Fallhöhe der Flüssigkeit ändern, noch die Kanüle loslassen zu müssen, mühelos Quantität, Ausflußgeschwindigkeit und Druck der In-

jektionslösung und somit Tiefenwirkung und Seitendruck derselben aufs genaueste regulieren und dosieren, aber auch momentan jeden Zufluß abstellen kann; daß ferner Arzt und Pat. vor jeder Beschmutzung und Infektion geschützt sind, daß man durch den gläsernen Apparat hindurch das Fließen der Injektionslösung sehen und kontrollieren kann, und daß endlich die Kanüle äußerst leicht gereinigt, sterilisiert und steril aufbewahrt werden kann. Der einzige Nachteil, welcher sich bei der praktischen Verwendung der Kanüle herausgestellt hat, zeigte sich in ihrer leichten Zerbrechlichkeit. Verf. hat deshalb die Kanüle von der Firma Louis & H. Löwenstein (Berlin, Ziegelstr. 28/29) in widerstandsfähigeren Materialien fabrizieren lassen, und zwar in Hartgummi und Metall, die Schutzglocken aus Celluloid und die auswechselbaren Oliven aus Glas und Hartgummi.

Prof. Dr. **R. Kutner** (Berlin): **Die intravesikale Operation der Blasengeschwülste mit Hilfe eines neuen kaustischen Operationscystoskops.** [Mit einer Tafel.] (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. Organ f. prakt. Medizin, 8. Jahrgang., 1911, No. 20.)

Verf. berührt zunächst die grundsätzliche Frage, ob die intravesikale Abtragung der Geschwülste zweckmäßiger mit der kalten oder der galvanokaustisch-heißen Schlinge vorgenommen wird. Es unterliegt nach seinen eigenen und fremden Beobachtungen auch nicht dem geringsten Zweifel, daß die galvanokaustisch-heiße Schlinge bei der Entfernung von Blasentumoren in jeder Hinsicht der kalten Schlinge weit überlegen ist, und daß ihrer ausschließlichen Anwendung die Zukunft gehört. Dann würdigt Verf. die Vorzüge und Mängel des Nitzeschen Instruments und anderer Konstruktionen. Das Nitzesche Instrument hatte die Schlingenentwicklung jenseits der Lampe an der Spitze; der Schlingenentwickler war unbeweglich. Eine große Verbesserung stellte der Böhmesche Schlitten zum Transport des galvanokaustischen Drahtes dar. Einen wesentlichen Fehler des Nitzeschen Instrumentes bedeutete es, daß dessen Spitze und das Prisma der Optik zu nahe beieinander lagen. Dies hatte zur Folge, daß schon beim Zuziehen der Schlinge und gar beim Abglühen die Spitze des Instrumentes mit der Optik zu nahe an die Geschwulst herangezogen wurden. Und hiermit war es mit dem Sehen zu Ende, da dann das Prisma der Optik meist von der Geschwulst überlagert wurde. Geschwülste an der inneren Harnröhrenmündung konnte man mit dem Nitzeschen Instrument gar nicht oder nur sehr schwer erreichen. Ebenso erwies es sich als störend, daß die Entwicklung der Schlinge nicht hinlänglich beobachtet werden konnte. Eine Modifikation von Lohnstein besserte diese Uebelstände, ohne sie ganz zu beseitigen. Daher versuchte man es auf andere Weise, aber vergebens. Verf. berichtet nun über eine Konstruktion, die die Mängel der bisherigen Instrumente vermeidet, dabei aber alle ihre Vorteile vereinigt: die Anwendung der Galvanokaustik nach Nitzes Vorgange, die Flexibilität der Schlinge nach Blums Anregung und die Erweiterung des Gesichtsfeldes nach dem Casperschen Beispiel. Das Wesentliche des von ihm konstruierten Instrumentes ist der Schlingenträger. Der vordere Teil, an dessen Spitze die Schlinge entwickelt wird, ist nach dem Prinzip des Albarranschen Hebels durch einen Hebel in jede Stellung zu bringen, mithin auch die an ihm entwickelte Schlinge. Eine weitere Verfeinerung der Einstellung des Schlingenträgers bei vollständig ruhigliegendem Instrument (für den Patienten sehr schonend) kann durch eine Kurbel bewirkt werden, die es gestattet, den gesamten bereits in die richtige Stellung gebrachten Schlingenträger vorwärts oder rückwärts zu schieben. Nunmehr arbeitet man in der Tat mit dem Schlingenträger in der Blase wie mit einem leicht zu handhabenden Präzisionsinstrument.

Das Operationscystoskop kann ferner gebraucht werden als einfaches Cystoskop und mit Hilfe des Spülmandrins als Spülcystoskop, sowie als Harnleitercystoskop für 1—2 Katheter, ist also gleichsam ein Universalcystoskop für Untersuchung und intravesikale Operation. Die Vielseitigkeit des Instrumentes ist besonders dadurch gekennzeichnet, daß es auch die Möglichkeit der Anwendung eines nach demselben Prinzip der umfassenden Beweglichkeit funktionierenden Schlingenträgers mit kalter Schlinge gewährt, für diejenigen, die ungeachtet der grundsätzlichen Vorzüge der galvanokaustischen Schlinge die Vorteile von Verfassers Schlingenträger für das Arbeiten mit der kalten Schlinge benutzen wollen.

Das Instrument wird von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall A.-G. (Berlin N., Ziegelstraße 30, und Erlangen) hergestellt.

Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Fehlschlüsse bei der Röntgendiagnostik des Magencarcinoms. (Mit Projektionen.)

Herr **H. Strauss**: Im ersten Falle handelte es sich um eine 48 jährige, seit einem Jahre kränkelnde Frau, die über Schmerzen in der Magengegend und über Erbrechen klagte; im Laufe der Jahre hatte sie 40 Pfund an Körpergewicht verloren. Objektiv zeigte sich eine hochgradige Abmagerung, in der Magengegend eine kleine Vorwölbung. Es wurde ein Sanduhrmagen vermutet, und da eine komplette Achylie bestand und der Magenschlauch regelmäßig Blut zutage förderte, so wurde die Diagnose Carcinom gestellt. Das Röntgenbild ergab die charakteristischen Umrisse eines Sanduhrmagens. Bei der Operation zeigte sich als Grund der Einschnürung ein muskulöser Ring, der reseziert wurde und bei der mikroskopischen Untersuchung sich aus Muskelfasern bestehend ergab. Nach der Operation ging es der Patientin gut.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine 31 jährige Frau, die seit zwei Jahren über Schmerzen und Erbrechen klagte und 30 Pfund abgenommen hatte. In der Magengegend ließ sich ein kleinapfelgroßer, unbeweglicher Tumor abtasten. Die Diagnose lautete auf Magencarcinom, zumal sich bei der Einführung des Schlauches Blut gewinnen ließ. Die Röntgenaufnahme ergab das typische Bild eines Sanduhrmagens mit einer Nische, was für Ulcus callosum und penetrans sprach. Bei der Operation zeigte sich, daß doch ein Carcinom vorlag, das auf dem Boden eines Ulcus penetrans entstanden war. — Diese Fälle zeigen, wie vorsichtig man in den Schlußfolgerungen bei der röntgenologischen Diagnostik des Magencarcinoms selbst im Zusammenhang mit den aus der sonstigen Untersuchung gewonnenen Resultaten sein muß.

Tagesordnung:

Ueber die in der Weihnachtszeit 1911 vorgekommenen Massenvergiftungen.

Herren **Stadelmann** und **Magnus-Levy**: Die Erkrankungen setzten in der Nacht vom 26. zum 27. Dezember ein; aus dem Asyl wurden eine große Zahl teils sterbender, teils toter Personen in das Krankenhaus im Friedrichshain übergeführt. Es konnte sofort mit Bestimmtheit ausgesprochen werden, daß eine Infektionskrankheit nicht vorlag; daher wurden die Kranken hingelegt, wo gerade Platz war. Als sich die Fälle aber mehrten, mußten die Erkrankten im Interesse der übrigen Kranken in besonderen Stationen untergebracht werden. Seit dem 1. Januar 1912 ist kein weiterer Fall mehr ins Krankenhaus eingeliefert worden. Die meisten gaben an, daß sie geräucherten Fisch gegessen und mehr oder weniger Schnaps getrunken, von welchem sie noch einen Teil ins Obdach mitgenommen hätten. Andere gaben an, Buletten, Kuchen etc. gegessen zu haben; im wesentlichen blieb es in den Angaben bei den Fischen. Die Annahme, daß eine Vergiftung mit dem Bacillus botulinus vorlag, wurde durch Mitteilungen aus dem Institut für Infektionskrankheiten gestützt. Dann kamen Mitteilungen aus dem Publikum und anderen Seiten, die den Verdacht auf den Schnaps lenkten; späterhin wurde der Methylalkohol als die schuldige Ursache angesehen. Dafür sprachen mehrere Umstände. Viele Kranke gaben an, daß sie bestimmt nicht Räucherfische gegessen hatten. Auffallend war es ferner, daß keine Frau erkrankt war, obwohl Frauen gern Fische essen. Die Zeit des Auftretens der Erkrankung nach dem Genusse des schuldigen Agens war sehr verschieden; bald waren es Minuten, bald Stunden, bald Tage. Auf das Asyl konnte die Erkrankung nicht geschoben werden. Nach den Symptomen ließen sich vier Gruppen unterscheiden: 1. Allerschwerste Fälle. Bald nach dem Genuß der betreffenden Nahrung: Uebelkeit und Erbrechen; letzteres stand aber nicht im Vordergrunde und fehlte in vielen Fällen überhaupt. Ferner schwerste Cyanose an Händen, Füßen und Gesicht, Hinfälligkeit, tiefe forcierte Atmung, Zuckungen in den Gliedern, Unruhe, Konvulsionen, Kopf-, Glieder- und Leibschmerzen. Der Puls war anfangs gut und nicht frequent, wurde aber später klein und weich. Charakteristisch war der Augenbefund. Es fielen auf: die erweiterten und reaktionslosen Pupillen, Flimmern vor den Augen, Sehstörungen bis zur Blindheit. Der Tod trat ein unter den Zeichen der Apnoe; das Herz schlug noch einige Zeit weiter.

2. Mittelschwere Fälle. Sie zeigten auch die charakteristische Pupillenstörung und Dyspnoe; zuweilen verwandelten sie sich in die schwersten Fälle.

3. Leichtkranke. Diese zeigten meist nur Augenstörungen, keine Dyspnoe. Trat letztere auf, so mußte man den Fall für einen schweren halten.

4. Zweifelhafte Fälle. Darunter sind zu rechnen Epileptiker, Betrunkene und Leute, die aus Angst krank geworden und eingeliefert wurden.

Die Vergifteten machen nicht den Eindruck von Betrunkenen, riechen auch nicht nach Alkohol; sie sind nicht klar, weil sie benommen sind. Auf der Höhe der Krankheit findet man Amnesie, welche schwindet, sobald die Kranken eine Besserung aufweisen. Keine Durchfälle, sondern im Gegenteil Verstopfung wurde beobachtet, so daß Abführmittel verordnet werden mußten. Opisthotonus, erhöhte Reflexe, Erregungszustände, Tobsuchtsanfälle wurden beobachtet, die 24 bis 36 Stunden nach der Vergiftung auftraten. Im Erbrochenen fand sich zuweilen etwas Blut. Die Klagen bezogen sich häufig auf Trockenheit im Halse, Brustbeklemmung, Seitenstechen, Konstriktionsgefühl in der Kehle. Der Urin enthielt häufig Eiweiß, aber keine Zylinder. Auffallend war die Abneigung gegen Alkohol. — Das ganze Krankheitsbild war offenbar ein einheitliches. Der Krankheitsverlauf war sehr wechselnd. Plötzlicher Tod unter Kollaps und Verschlechterung der Atmung wie bei Coma diabeticum war nicht selten und aus anfangs leichten Fällen wurden unvermittelt schwere mit ungünstigem Ausgang. Der Verlauf ist nicht vorauszusehen. Die Mortalität betrug anfangs 70—80 pCt. Die Gesamtmortalität belief sich auf 50—55 pCt. Bei den Ueberlebenden traten die Erscheinungen zurück. Blieben die Pupillen erweitert, so kam es entweder zum Rückfall oder es entwickelten sich schwere Augensymptome. Unter den Kranken im Friedrichshain befinden sich noch fünf völlige Erblindungen; ob diese dauernd bleiben, ist unbestimmt. Die Prognose ist aber als günstig anzusehen.

Ophthalmoskopisch beobachtet man zuerst Hyperämie der Papilla, später Neuritis und Atrophie des N. opticus. Motorische Störungen an den Extremitäten oder an den Augenmuskeln sind nie beobachtet worden.

Die Therapie bestand zuerst in Magenausspülungen, welche wahrscheinlich wegen der Störungen im Halse auf große Schwierigkeiten stießen. Einen Nutzen hat Vortr. von dieser Maßnahme nicht gesehen. Dann wurden Exzitantien, wie Kampfer, Coffein, Tee, Glühwein, Wärmezufuhr angewandt und gegen die Schmerzen Morphium, was noch am meisten genützt hat. Eine Verengerung der Pupilla konnte trotz großer M-Dosen nicht erzielt werden, während Eserin eine prompte Verengerung herbeiführte. Zum Abführen wurde Kalomel gegeben. Von Botulismusserum, von dem 20—40 ccm subkutan injiziert wurden, hat St. keinen Nutzen gesehen. Die Prognose, die mit Sicherheit nicht gestellt werden kann, ist im ganzen als infaust anzusehen. Leichte Fälle gingen in schwere über und schwere besserten sich, ohne daß man es voraussagen konnte. Vortragender führt einige prägnante Beispiele an, die das Gesagte illustrieren.

Epikrise. Zunächst dachte man, es handle sich um Botulismus infolge Genusses verdorbener Fische. Das Krankheitsbild stimmte auch im wesentlichen mit dem Botulismus überein. Nur die Lähmungen fehlten. Es standen noch andere Umstände dieser Diagnose entgegen: 1. die sichere Angabe einzelner Kranken, daß keine Fische vorher verspeist worden waren, ferner der Umstand, daß Frauen nicht erkrankten. Andererseits gewann die Vermutung, daß in dem Schnaps die Ursache liege, immer mehr an Boden. Die Asylisten trinken alle Schnaps, auch schlechten; es kommt ihnen hauptsächlich auf die Quantität an. Der genossene Schnaps war auch sehr billig: es gab für 5 Pfg. eine ganze Selterflasche voll. Daß Frauen nicht erkrankten, erklärt sich damit, daß diese nicht in die Asylistenkneipen hineingelassen werden. Daß die Erkrankungen häufig so spät erfolgten, diese auffallende Tatsache wird durch den Umstand erklärt, daß die Quellen, aus welchen der Methylalkohol floß, erst allmählich entdeckt wurden. Jetzt scheint der Verbrauch von Methylalkohol unterbunden zu sein. Ferner gibt der Tierversuch eine genügende Erklärung. Gibt man einem Tiere Methylalkohol, so braucht es nicht gleich zu erkranken; wenn man ihm aber am 2. oder 3. Tage noch etwas gibt, dann erkrankt es. Der Methylalkohol hat also eine kumulative Wirkung und verbrennt langsam. Er verbrennt auch in ganz anderer Weise als der Aethylalkohol. Im Urin der Kranken finden sich Ameisensäure, Aceton und wahrscheinlich noch andere giftige Zwischenprodukte. Weiterhin sind nicht alle Individuen in gleicher Weise für Methylalkohol empfänglich. Höhere Lebewesen werden leichter ergriffen, da der Methylalkohol ein Nervengift ist. Es gibt auch Methylalkoholvergiftungen bei äußerer Applikation des Mittels; hierbei scheint er hauptsächlich durch Einatmung in den Organismus einzudringen. Es treten dann aber nur Sehstörungen ein, während Allgemeinerkrankungen nicht erfolgen. (Schluß folgt.)

Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung“.)

Sitzung vom 15. Januar 1912.

Vorsitzender: Herr Fürbringer.

Tagesordnung:

Aetiologische Beziehungen von Nase und Gelenkrheumatismus.

Herr **Max Senator**: Früher herrschte die Anschauung, die Nase habe nur rein lokale Affektionen. Seit längerer Zeit hat sie eine bessere Beurteilung erfahren. Bei Bronchialkrankheiten kommt in ursächlicher und therapeutischer Hinsicht der Nase oft eine wichtige Rolle zu. Weniger bekannt ist, daß zwischen allgemein-infektiösen Krankheiten und Nase ein Zusammenhang besteht; für Tuberkulose aller Formen ist er ziemlich wahrscheinlich. Auch der Gelenkrheumatismus ist eine Infektion; Bakteriologie, Verlauf und Gesamtbild sprechen für die akute Infektion und zwar für eine abgeschwächte Pyämie; die Eingangspforte wurde vielfach in den Mandeln, besonders bei Angina, gefunden. Wahrscheinlich haben sie keine spezifische Affinität, sondern reagieren nur wegen ihrer exponierten Lage und ihrer häufigen Erkrankungen; auch andere Schleimhäute vermitteln gelegentlich den Eintritt der Infektion.

1910 entfernte Vortr. bei einem 21 jährigen Mädchen an der linken unteren Nasenmuschel eine polypöse Schwellung mit einem schneidenden Instrumente, tamponierte mit Gaze 16—17 Stunden und operierte die andere Seite 14 Tage später; dabei wurden nochmals einige Reste entfernt. Der Zustand der früher operierten Stelle sah unbedenklich aus. Der Eingriff verlief gut; eine stärkere Blutung erforderte eine 16 stündige Tamponade. Nach 5—6 Tagen akute fieberhafte Polyarthritis der Knie- und Fußgelenke mit leichter Endokarditis. Der Verlauf war sehr hartnäckig; aber es erfolgte Heilung. Ist das nun ein post hoc oder propter hoc? Vortr. glaubt das letztere. Dafür spricht die zeitliche Folge und die Auffassung von der infektiösen, pyämischen Natur des Gelenkrkeumatismus. Das Trauma der Nasenschleimhaut schafft die Eingangspforte, der Tampon bedingt die Verhaltung von Sekret und geronnenem Blut. Die Gerinnsel lassen sich aus der buchtenreichen Nase schwer entfernen. Das ist alles nur Vermutung, aber wichtig für die Frage nach dem Virus. Aehnlich verlief ein belgischer Fall; der Entfernung eines Schleimpolypen folgte ein Anfall von Gelenkrheumatismus. 1899 berichtete Kronenberg in Solingen über einen tödlichen Fall. Hierher gehören auch die Fälle von Entfernung der adenoiden Wucherung, denen solche Komplikationen folgten. In Deutschland wenig bekannt, sind solche in Frankreich öfter veröffentlicht worden.

Diese Vorkommnisse stimmen so überein, daß ihnen eine größere Beweiskraft zukommt. Trotz sofortiger Desinfektion folgt der Operation der Muschel eine Angina, die sogen. traumatische Angina. Neben der verminderten Abwehrkraft dieser Seite spricht die anatomische Anordnung der lokalen Hauptbahnen mit. Die Angina ist vielleicht die lokalisierte Aeußerung einer geringen Allgemeininfektion, z. B. des Gelenkrheumatismus. Auch anderweitige Infektionen vermittelt die Nase, z. B. die Gesichtsrose. Das erleichtert entschieden das Verständnis der Vorgänge auf der Nasenschleimhaut. Die Fälle scheinen nicht häufig zu sein und bilden bei intranasaler Behandlung immer noch die Ausnahme. Die Schwierigkeit liegt eben darin, daß der Nasenoperateur oft von Nachkrankheiten nichts erfährt, der interne Arzt nichts von dem Eingriff an der Nase. Auch pathologische Läsionen können die Ursache bilden, z. B. Schnupfen; sehr häufig findet sich Gelenkrheumatismus nach Katarrhen der oberen Luftwege. Die Herkunft der Infektion ist nicht genau zu eruieren. Trotz aller Vorsicht läßt sich in der Nase keine Asepsis herbeiführen. Sie ist überhaupt nie frei von Bakterien.

Daß es nicht immer zur Infektion kommt, bewirkt die natürliche Schutzkraft der Schleimhaut. Die Schutzkraft erscheint nur geschwächt, nicht aufgehoben. So kommt es zur abgeschwächten Form der Pyämie, zum Gelenkrheumatismus.

Nach jedem Eingriffe ist also sorgfältige Nachbehandlung, bei Gelenkrheumatismus an die Möglichkeit nasaler Entstehung zu denken nötig.

Diskussion:

Herr **Gudzent** hat ebenfalls in einer Reihe von Fällen zwischen Erkrankung der Tonsillen und des hinteren Nasenraumes und dem Gelenkrheumatismus einen Zusammenhang konstatiert. Es wurden daraufhin die Tonsillen entfernt, leider mit negativem Erfolge; einmal sind der Tonsillotomie schon drei Rezidive gefolgt; im anderen Falle, wo bei dem Eingriffe in den Tonsillen große Herde gefunden wurden, besteht der Gelenkrheumatismus seit 14 Tagen noch weiter.

Herr **A. Fraenkel** hat vor einem Jahre bei einem 12 jährigen Mädchen mit Vitium cordis nach Gelenkrheumatismus und Neigung zu hämorrhagischer Nephritis nach jeder Angina die Tonsillen entfernen lassen. Der Erfolg war ungünstig. Es folgte sofort starke hämorrhagische Nephritis mit akuter Perikarditis

und beträchtlicher Dilatatio cordis. Die große Wunde war wohl unvorteilhaft. Besteht kurz vorher eine Angina, so ist vor der Operation zu warnen. Die Tonsille gilt doch als Schutzorgan.

Herr **Heymann**: Die Tonsille ist sehr oft der Ausgangspunkt. Er hat einem jungen Kollegen, der viel von Angina und Gelenkrheumatismus geplagt wurde, die Tonsillen abgetragen, mit dem Erfolge, daß derselbe gesund ist und seitdem als vielbeschäftigter Chirurg in Montreux tätig ist. Zweimal sah er nach Nasenaffektionen Gelenkrheuma, einmal bestand Eiterung der Nase mit Erkrankung der Oberkieferhöhle; die Attacken schwanden erst nach Ausheilung der Kieferhöhle. Ferner folgte einer Galvanokaustik an den Muscheln ein abortiv verlaufender Gelenkrheumatismus.

Herr **Kraus**: Der Larynx kann Ausgangspunkt des Gelenkrheumatismus sein; in das Gebiet fallen die zahlreichen Fälle von subakuter Angina; hier soll man sämtliche Abscesse aufsuchen, entleeren, die Tonsille durch Spaltung möglichst zur Verödung bringen. Die Erfolge sind gut; die Tonsille ist erst zu entfernen, wenn der eiternde Zustand beseitigt ist.

Herr **A. Fraenkel** betont die Gefahr einer Ausrottung der Tonsillen.

Herr **Fr. Meyer** hat eine Reihe von einschlägigen Fällen nicht operativ, sondern durch spezialistische Behandlung, Touchieren, An- und Absaugen, zu einem guten Ende geführt. Einmal folgte einer Angina neben Gelenkrheuma eine schwere Veränderung der Appendix. Die Bauchhöhle enthielt virulenten Streptokokkeneiter; trotzdem genas die Pat. bald, vielleicht, weil sie durch die vielen Anginen Streptokokkenimmunität erworben hatte. Redn. gab neben Salicyl Collargol bei Gelenkrheuma; es scheint zu nützen; in schweren Fällen benutzte er es intravenös, in leichteren rektal.

Herr **Senator** (Schlußwort): Die Laryngologen behandeln bei Gelenkrheuma die Tonsillen durchaus schonend. Die Ausrottung geht zu weit; das letztere geschieht zumal in Amerika.

Ueber Atophantherapie bei der Gicht.

Herr **Retzlaff**: Die von Nicolaier und Dohrn geprüfte Chinolin-Carbonsäure wurde von Weintraud als Atophan in die Praxis eingeführt. Gaben von ½—¼ g erhöhten nach ihnen in einer Stunde bei Gicht beträchtlich die Harnsäureausscheidung; bei 2—3 g erhöhte sie sich in 24 Stunden um das 2- bis 3 fache. Bei mehrtägiger Verabfolgung war die Harnsäuremenge vermehrt; die Vermehrung war zuerst stärker, später geringer. Unverändert blieben Harnmenge, Purinbasen, Gesamt-N und Phosphorsäure. Zuerst wurde ein trüber Urin entleert. Das wurde von anderen bestätigt. Weintraud vermutete, daß das Atophan bei Gicht die Niere, die die Tendenz zur Retention hat, veranlaßt, die Harnsäure auszuscheiden. E. Starkenstein fand hingegen die Harnsäure vermehrt, die Allantoin- (das Endprodukt des Purinstoffwechsels) Ausscheidung vermindert. Er leugnet die Nierenwirkung und vermutet eine Einwirkung im Sinne des gesteigerten Abbaues der Nukleoproteide. Denkbar wären eine Hemmung der Uricolyse durch Atophan.

Wie ist die Wirkung und wo ist der Angriffspunkt des „Atophan"? Die 24 stündige Harnsäuremenge wird bei allen, Gesunden und Kranken, Pflanzen- und Fleischessern, erheblich gesteigert. Dann läßt die Steigerung nach. Wie ist das Verhalten des Blutes? Wenn das Mittel nur elektive Wirkung entfaltet, dann müßte der Harnsäurespiegel im Blute sinken; wenn es die Niere beeinflußt, so müßte bei Gesunden bei purinfreier Kost im Venenblut keine Harnsäure auftreten. Vortr. verabfolgte Gesunden 2 g Atophan und untersuchte nach 2 Stunden das Blut; es enthielt Harnsäure. Das spricht für vermehrte Harnsäurebildung, aber nicht für elektive Nierenwirkung. Andererseits erfolgte bei einem Falle von Gicht, der in 12 Tagen 40 g Atophan bekam und darauf mehrere Gramm Harnsäure ausschied, kein Absinken des Harnsäurespiegels. Das spricht dafür, daß die Niere nicht veranlaßt wird, Harnsäure auszuscheiden.

Das Verhalten des Atophans hat Aehnlichkeit mit dem exogenen Purinstoffwechsel. Immer findet man bei Purinzulage zur Kost bald nach der Harnsäureflut ein Herabgehen auf die Norm. Es ist ein gesteigerter parenteraler Nukleinumsatz mit gesteigerter Harnsäureentleerung; das gilt für Gesunde wie für Gichtische, bloß das der letztere die Wirkung nicht auf den Purinstoffwechsel, sondern auf den Tophus erfährt. Die Tophi werden sichtlich kleiner. Die Harnsäure der Depots wird mobilisiert. Aehnlich ist es mit der Entzündung im Gichtanfall, ohne daß wir den Nieren dabei eine Rolle zuschreiben können. Ebenso ist im Gichtanfall die Harnsäure im Blute nicht vermindert, sondern vermehrt. Das Atophan ist nur ferment-spezifisch. Bei der Gicht spielen nicht bloß abbauende, sondern auch synthetische Prozesse eine uns noch unbekannte Rolle. Es ist kein toxischer Einfluß des Atophans; besser spricht man von Harnsäure mobilisierender Fähigkeit. Fraglich bleibt, ob die Mobilisierung aus festen Depots, wie bei der Gicht, oder auf dem Wege des Abbaues mit gehemmter Uricolyse oder auf dem Wege eines vermehrten Nukleinabbaues vonstatten geht.

Das Mittel ist jedenfalls gicht-spezifisch; es kann den Anfall coupieren. Bei Nierenentzündung und Nephrolithiasis ist Vorsicht nötig, da sich mitunter Nierenreizung einstellt.

Man gibt am besten 2—3 g Atophan 4—5 Tage lang. Dann schwellen die Gelenke ab; das Allgemeinbefinden ist gut. Auch der Gelenkschmerz läßt nach. Störungen sah Vortr. nur selten; ein Zwang, das Mittel auszusetzen, bestand nie. Um Magendrücken und Sodbrennen zu vermeiden, gibt man, zumal bei Nierenentzündung, nach Weintraud zweckmäßig auf 1,0 g Atophan ½—1 Teelöffel Natron bicarbonicum. Am besten gibt man das Mittel vor und nach dem Anfall. Günstig ist es auch als Prophylakticum, etwa alle 14 Tage für 2—3 Tage gegeben.

Diskussion:

Herr **Gudzent** bestätigt diese Erfahrungen. Viermal sah er, daß die Harnsäure aus dem Blute nicht verschwand. Bei chronischer Gicht leistet Atophan keine wesentlichen Dienste. Die Häufigkeit der Anfälle wurde nicht verringert. Es macht nicht so unangenehme Erscheinungen wie Colchicin.

Herr **G. Klemperer** hatte zuweilen ausgezeichnete Erfolge, aber nicht immer. Woran liegt das? Es muß eben das Nukleoprotein schneller zersetzt werden. Nach Umber ist eingespritzte Harnsäure im Urin schnell nachweisbar. Der Gichtkranke scheidet sie nur zum Teil wieder aus. Er hält sie zurück, weil hier Affinität zwischen Geweben und Harnsäure besteht; er scheidet nur 20—70 pCt. aus. Einige Kranke scheiden nun nach Atophan 80—90 pCt. gegen sonst 40—50 pCt. aus; bei anderen sind die Retentionsbestrebungen des Körpers größer als die Kraft des Atophans. Es ist ein Kampf zwischen Sekretion und Retention. Wir müssen forschen, worin die Retention begründet ist.

Herr **A. Fraenkel** empfiehlt Atophan bei akuten Gelenkrheumatismen, die gegen Salicyl refraktär sind.

Herr **G. Klemperer** bestätigt dies. Es ist eine Chinolin-Carbonsäure mit stark aromatischem Kern. In 30—40 pCt. der Fälle von Gelenkrheumatismus (von 200) wirkte es schnell. Wirksamer und gelinder ist das Metoxy-Atophan oder „Isatophan"; es wirkt tadellos und belästigt gar nicht den Magen.

Herr **Retzlaff** (Schlußwort) bestätigt ebenfalls den günstigen Einfluß auf Gelenkrheumatismus. Mode.

IV. Bücherschau.

Diagnose und Therapie der inneren Krankheiten. Ein Handbuch für die tägliche Praxis. Von Dr. **Georg Kühnemann**, Oberstabsarzt a. D. Berlin 1911, Verlag von Julius Springer.

Das vorliegende Werk verfolgt hauptsächlich den Zweck, den in der Praxis stehenden Kollegen eine schnelle Diagnose der inneren Krankheiten und im Anschluß daran die auf Grund der modernsten Forschungen sich ergebende Therapie zu vermitteln. Was den speziellen Inhalt des Buches anlangt, so werden die einzelnen Krankheitsgruppen geordnet nach den Organen, in denen sie sich abspielen, abgehandelt. Jedem Abschnitt werden ganz kurz gefaßte allgemeine diagnostische Vorbemerkungen vorausgeschickt und im Anschluß daran die speziellen diagnostischen Tatsachen hervorgehoben. Hieran schließen sich kurze, doch meist erschöpfende Anweisungen für die Therapie unter Berücksichtigung auch der modernen Serotherapie. Seinem Zwecke, dem jungen, noch weniger routinierten Praktiker als sicherer Wegweiser in zweifelhaften und schwierigen Fällen zu dienen, dürfte das Werkchen wohl entsprechen. Es sei daher den Kollegen bestens empfohlen.

Therapeutisches Taschenbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Von Prof. **A. Blaschko** und Dr. **M. Jacobsohn**. 2. Auflage. Berlin 1912, H. Kornfeld.

Von dem überaus praktisch disponierten Taschenbuch, welches sich berechtigterweise rasch Eingang in die ärztliche Praxis verschafft hat, ist jetzt die 2. Auflage erschienen. Gegen früher ist die Anlage und Verteilung des Stoffes nicht verändert worden, jedoch haben die großen wissenschaftlichen und technischen Errungenschaften, sowohl auf dem Gebiete der Hautkrankheiten wie noch mehr auf dem Gebiete der Syphilis eine gründliche Neubearbeitung der entsprechenden Abschnitte nötig gemacht. In seiner neuen Bearbeitung wird das Kompendium zu seinen alten viele neue Freunde hinzuerwerben.

H. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die **Aerztekammer für Berlin und die Provinz Brandenburg** hielt am 20. d. M. ihre erste Sitzung in diesem Jahre, gleichzeitig die erste in der gegenwärtigen Wahlperiode, ab. Der erste Vorsitzende der letzten Kammer Geh. San.-Rat

Dr. Stöter wurde wieder in dieses Amt gewählt. Von den geschäftlichen Mitteilungen, die der Vorsitzende nach Erledigung der Wahl machte, interessiert die, daß auf Anregung des „Deutschen Vereins für Volkshygiene“ in den Wartezimmern der Aerzte und Zahnärzte und in den Apotheken volkstümliche Druckschriften hygienischen Inhalts zum Mitnehmen ausgelegt werden sollen. Der Minister des Innern hat zu diesem Zweck 100 000 Merkblätter zur Verfügung gestellt. Von den sonstigen Beratungsgegenständen seien nur erwähnt die Berichte der Vertragskommission und der Kurpfuschereikommission, welcher letztere sich u. a. mit dem Treiben des unseren Lesern aus mancher Mitteilung an dieser Stelle bekannten Herrn Mistelsky beschäftigte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der außerordentliche Professor der Augenheilkunde Geh. Med.-Rat Dr. Carl Horstmann ist gestorben. 1847 in Dillenburg geboren und seit 1873 Arzt, bildete er sich als Assistent von Schweigger und im Anschluß daran durch eine längere Studienreise nach Holland, England und Frankreich zum Augenarzt aus. 1879 habilitiert, erhielt er 1888 den Professortitel und 1898 das Extraordinariat. Publizistisch ist er mit einer Reihe von Einzelarbeiten aus seinem Fachgebiet hervorgetreten.

Bonn. Habilitiert haben sich Dr. Matthias Makkas für Chirurgie und Dr. Wilhelm Heuck für Dermatologie.

Düsseldorf. Stabsarzt Dr. Walter Fromme in Metz ist zum Abteilungsvorsteher am Institut für experimentelle Therapie und zum Dozenten für Bakteriologie und Hygiene an der Akademie für praktische Medizin ernannt worden.

München. Der Professor der Psychiatrie Dr. Kraepelin wurde zum Mitglied der Gesellschaft der Wissenschaften in Christiania, mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse, der Professor für Zahnheilkunde Dr. Otto Walkhoff zum Ehrenmitglied der Schwedischen zahnärztlichen Gesellschaft ernannt.

Paris. Der hervorragende Urologe Prof. Joaquin Albarran ist gestorben. 1860 auf der Insel Cuba geboren, war er als Licentiat der Medizin nach Paris gegangen, wo er im Hôpital Necker unter Guyon, seinem späteren Schwiegervater, sich dem Spezialstudium der Urologie zuwandte. Nachdem er 1884 Interne des Hôpitaux geworden war und 1889 in Paris promoviert hatte, wurde er 1890 Oberarzt an der Klinik seines Lehrers, 1892 Professeur agrégé und 1894 „Chirurgien des Hôpitaux“. Albarran hat die Chirurgie der Harnorgane mit großem Erfolg gepflegt und ihr Studium durch eine größere Zahl von Einzelarbeiten und Monographien sowie durch die erst vor kurzem erschienene „operative Chirurgie der Harnwege“ gefördert. Auch war er Mitredakteur der „Annales des maladies des organes génitaux urinaires“. Sein frühes Hinscheiden wird auch in Deutschland vielfach bedauert werden. Ein Bruder des Verstorbenen, der in seinem Heimatlande verblieben war und dort nicht nur als Arzt, sondern auch als Politiker eine hervorragende Rolle spielte, ist ihm, wie hier mitgeteilt wurde, vor wenigen Monaten im Tode vorausgegangen.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Am 16. Januar 1912 ist in Berlin die **Berliner Urologische Gesellschaft** gegründet worden. Der Vorstand besteht aus den Herren Prof. Dr. Carl Posner und Prof. Dr. L. Casper als Vorsitzenden bezw. stellvertretendem Vorsitzenden, Prof. Dr. R. Kutner und Prof. Dr. Rumpel als Schriftführern, Dr. Mankiewicz als Schatzmeister und Dr. S. Jacoby als Bibliothekar. Dem Vorstand steht ein siebengliedriger Ausschuß zur Seite. — C. Posner hielt zur Einführung einen Vortrag über die Wege und Ziele der modernen Urologie.

— Die 33. öffentliche **Versammlung der Balneologischen Gesellschaft** findet hierselbst vom 7. bis 11. März 1912 statt. Sie wird durch eine am Vormittag des 7. März (11 Uhr) veranstaltete Besichtigung des städtischen Untersuchungsamtes eröffnet. Im übrigen ist die Organisation des Kongresses die gleiche wie in den früheren Jahren. Außer den bereits mitgeteilten Referaten der Herren J. Groedel, Determann, Brieger und Strauss sind etwa 40 Vorträge angemeldet.

Bern. Hier hat sich soeben eine **Gesellschaft schweizerischer Unfallärzte** konstituiert. Der Vorstand besteht aus den Herren Dr. Kaufmann (Zürich), Dr. E. Patry (Genf) und Dr. F. Zollinger (Goppenstein); letzterer ist Schriftführer.

Verschiedenes.

Berlin. Das Deutsche **Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen** veranstaltet vom 11. bis 16. Februar d. J. eine Reise zum Studium von Winterkurorten und des Wintersports. Anmeldungen bis spätestens den 4. Februar an das Bureau, Potsdamerstraße 134 b. Der Meldung ist der Gesamtbetrag für die Reise von 110 M. beizufügen.

— Im preußischen Ministerium des Innern fand in der vorigen Woche unter dem Vorsitze des Kurators des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses Kammerherrn Dr. v. Behr-Pinnow eine Sachverständigenkonferenz statt zwecks Feststellung einheitlicher **Grundsätze für die Ausbildung der Säuglingspflegerinnen.** Bei den eingehenden Beratungen waren viele bedeutende Säuglingsärzte aus Deutschland anwesend, unter ihnen aus Berlin die Professoren Baginsky, H. Neumann, Cassel, Finkelstein, Dr. Ritter, Dr. Rott, Dr. Lissauer, ferner die Charitédirektoren Ober-Generalarzt Scheibe und Geh. Rat Pütter, Geh. Rat Ohlmüller vom Virchowkrankenhaus, Stadtrat Gottstein, Charlottenburg. Aus Leipzig war Geh. Rat Taube anwesend, aus Göttingen Prof. Göppert, aus Dresden Prof. Rietschel, aus Hamburg Dr. Manchot, aus Breslau Dr. Freund, aus München Hofrat Dr. Meier und Privatdozent Ibrahim, vom Ministerium des Innern Geh. Rat Krohne und von der Medizinalabteilung Med.-Rat Dr. Krohne, außerdem Med.-Rat Schlegtendal vom Polizeipräsidium. Prof. Langstein, der Direktor des Auguste Viktoria-Hauses für Säuglingspflege, hielt das einleitende Referat. Die Ausführungen des Referenten gipfelten in folgenden Vorschlägen: 1. Für kranke Säuglinge sind Säuglingskrankenpflegerinnen auszubilden mit zweijährigem Lehrgang, Prüfung und Diplom. 2. Daneben aus Gründen der Billigkeit Krankenwärterinnen mit einjährigem Lehrgang ohne Prüfung. 3. Für gesunde Säuglinge Pflegerinnen mit einjährigem Lehrgang in einer Anstalt für gesunde Säuglinge; Prüfung, Diplom. 4. Mit halbjährigem Lehrgang Säuglingswärterinnen. Um zu einer möglichst weitgehenden Einheitlichkeit zu gelangen, wurde eine Kommission zur weiteren Beratung gewählt, bestehend aus den Herren Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Dietrich und Medizinalrat Krohne von der Medizinalabteilung, den Professoren Langstein, H. Neumann, Cassel, Dr. Rott (Berlin), Stadtrat Gottstein (Charlottenburg), Hofrat Meier (München), Dr. Würtz (Straßburg), Prof. Rietschel (Dresden), Geh.-Rat Taube (Leipzig), Dr. Freund (Breslau).

— Die bereits im Vorjahre gestellte Preisaufgabe der **Dr. Heinrich Brock-Stiftung** der Balneologischen Gesellschaft wird erneut ausgeschrieben; sie lautet: „Vergleichende Untersuchungen über die Geschwindigkeit der Resorption von Mineralwässern und die dadurch bedingte Beeinflussung der Nierentätigkeit“. Der Preis beträgt 800 M. Die Arbeiten sind bis zum 1. November 1912 an Herrn Geh.-Rat Prof. Dr. Brieger, Berlin N. 24, Ziegelstr. 18/19, einzusenden. Sie müssen mit einem Motto versehen sein, welches auf einem dabei einzureichenden Briefkuvert, in dem eingeschlossen sich der Name des Verfassers befinden soll, zu stehen hat.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Die Diphtherie-Heilsera mit den Kontrollnummern: 1112 bis 1142, geschrieben: „Eintausendeinhundertzwölf bis Eintausendeinhundertzweiundvierzig“, aus den Höchster Farbwerken; 223 bis 229, geschrieben: „Zweihundertdreiundzwanzig bis Zweihundertneunundzwanzig“, aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt; 164 bis 172, geschrieben: „Einhundertvierundsechzig bis Einhundertzweiundsiebzig“, aus dem Serumlaboratorium Ruete-Enoch in Hamburg; 230, geschrieben: „Zweihundertunddreißig“, aus der Fabrik vormals E. Schering in Berlin sind vom 1. Januar 1912 ab wegen Ablaufs der staatlichen Gewährdauer zur Einziehung bestimmt.

Flaschen mit diesen Kontrollnummern dürfen hinfort nicht mehr in den Apotheken abgegeben werden und können nach der Vereinbarung mit dem Laboratorium bei kostenfreier Einsendung kostenlos gegen einwandfreies Serum eingetauscht werden.

Berlin, den 13. Januar 1912.

Der Polizeipräsident.

Im Auftrage: Schlegtendal.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.



Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang | Berlin, 3. Februar 1912 | No. 5

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

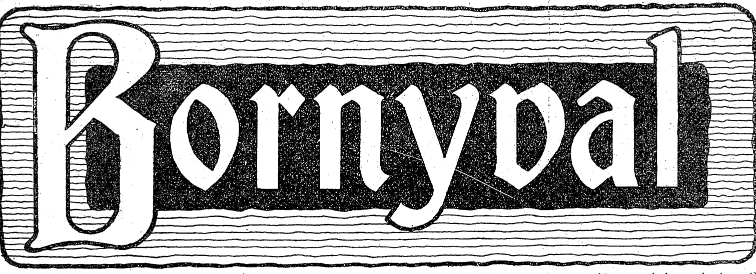
REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



81. Jahrgang **Berlin, 3. Februar 1912** **No. 5**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Das Stovain, ein zuverlässiges Anästheticum in der Hand des praktischen Arztes.

Von
Dr. med. **Ebeling** (Berlin).

Unsere Zeit steht unter dem Zeichen der Schnelllebigkeit. Diese stellt auch an den kurierenden Arzt ihre Anforderungen. Er soll schnell eine Krankheit dem Ende und den leidenden Menschen der Genesung zuführen. Man hat keine Zeit, krank zu sein. In der Tat sucht die moderne Medizin auf alle mögliche Weise die Krankheiten abzukürzen. Sie wird hierzu nicht nur durch den Charakter der schnellebigen Zeit, sondern in den Ländern mit sozialer Gesetzgebung auch durch die sozialen Einrichtungen der Kranken-, Unfall- und Invaliditätsversicherung gezwungen. Jede längere Verzögerung der Krankheit erheischt größere Geldopfer seitens der genannten sozialen Institutionen; der Zweck ist eben der, einen Leidenden möglichst schnell und sicher der Arbeitsfähigkeit zuzuführen. Alle Aerzte also unterliegen demnach dem Bestreben, in der Privat- und in der Kassenpraxis bei der Heilung das „cito“ ganz besonders zu berücksichtigen. Der moderne Arzt hat demnach auch die Pflicht, seine Heilmittel möglichst aus der Klasse der schnellwirkenden zu wählen; auf der anderen Seite darf aber auch nicht verkannt werden, daß unsere Zeit gewiß schnellebiger, aber auch wehleidiger geworden ist. Derjenige Arzt, bei welchem es „am wenigsten wehtut“, kann sich eines großen Zuspruches seitens der Patienten erfreuen. Der Arzt hat also vor allen Dingen bei der praktischen Betätigung seiner Kunst sich eines schmerzstillenden oder schmerzvorbeugenden Mittels zu bedienen. Wir wollen nicht auf das ganze große Heer derselben eingehen. Jeder, der mit Anästheticis arbeitet, kennt ihre Licht- und Schattenseiten. Unter letzteren spielt die Giftigkeit eine große Rolle. Ein Anästheticum, dessen Wirkungen wir mit einem gewissen Grad von Unruhe entgegensehen müssen, kann nicht als ein sehr empfehlenswertes, trotz aller möglichen anderen Vorzüge, gelten. Wir erinnern uns noch mit Schrecken aus der Zeit der Landpraxis einer unvorhergesehenen, recht unliebsamen Einwirkung auf das Herz, hervorgerufen durch ein seinerzeit die Lokalanästhesie beherrschendes Mittel. Solche Momente gehören zu den peinlichsten im Leben des Arztes, zumal wenn man sich sagen muß, daß man die, allerdings unschuldige, Ursache der peinlichen Herzattacke gewesen ist. Mit voller Befriedigung kann deshalb der Praktiker zu einem Anästheticum greifen, welches solche üblen Zufälle nicht im Gefolge hat.

Zu diesen Mitteln gehört unstreitig das Stovain. Wir können hier die Frage der Lumbalanästhesie durch Stovain nicht anschneiden, zumal darüber schon genügend wissenschaftliche Literatur vorhanden ist; für unsere Zwecke kommt es darauf an, zu zeigen, ob das Stovain sich in der Hand des praktischen Arztes bei den mancherlei Vorkommnissen der täglichen Praxis bewährt; es sei im voraus gesagt, daß eine Reihe von eigenen Erfahrungen zu dem Schlusse drängen, daß das Stovain im Sprechzimmer des Arztes als lokales Anästheticum nicht fehlen sollte. Der praktische Arzt ist mit Hilfe des Stovain in der Lage, eine ganze Reihe von Maßnahmen an Kranken schmerzlos zu vollziehen. Wir wollen einige Fälle schildern, wie sie der bunte Wechsel der Sprechstunde mit sich brachte, in welchen das Stovain den beiden oben aufgestellten Indikationen „schnelle Heilung und Schmerzlosigkeit“ entsprach. Bezüglich des ersteren Punktes wollen wir das Stovain nicht etwa als Heilmittel als solches hinstellen, aber seine Anwendung gestattet infolge der ein-

tretenden Schmerzlosigkeit die Verwendung stark wirkender Mittel, welche den Krankheitsprozeß abzukürzen imstande sind und auf die man häufig wegen der großen durch dieselben verursachten Schmerzhaftigkeit verzichten muß.

Aber noch einen anderen Vorteil gewährt ein zuverlässiges Anästheticum dem praktischen Arzte. Er wird dadurch in die Lage versetzt, eine ganze Reihe von Fällen selbst behandeln zu können, eben durch die Schnelligkeit des Erfolges bedingt, welche ihm sonst entgehen und bei einer der zahlreichen Spezialitäten wieder auftauchen. Glücklicherweise scheint es so, als ob der praktische Arzt wieder mehr zu Ehren kommt und er soll dies auch, wenn nicht die ärztliche Kunst Schaden leiden soll. Gerade die Beherrschung eines zuverlässigen Anästheticums kann dem praktischen Arzt viel verlorenes Terrain zurückerobern. Gleich einer der ersten von mir mit Stovain behandelten Fälle zeigte mir die Richtigkeit dieser Behauptung.

Es handelte sich um eine Wurzelhautentzündung im Unterkiefer. Im allgemeinen werden in der Stadt derartige Affektionen nicht mehr durch die praktischen Aerzte behandelt. Ganz mit Unrecht, da auf dem Lande die genannte Entzündung zum täglichen Brot des Praktikers gehört und auch sachgemäß behandelt wird. In meiner Landpraxis gehörten Zahnerkrankungen zu den gewöhnlichsten Vorkommnissen. Leider hatte man vor einer Mandel von Jahren noch kein ungiftiges lokales Anästhetikum und man konnte die Heldenhaftigkeit der ländlichen Bevölkerung nur bewundern, die sich trotzdem eine Reihe von Wurzeln sozusagen aus den Kiefern herausgraben ließ. Der Landarzt hat im Stovain nunmehr für die Fülle des Materials, welches ihm aus den Erkrankungen der Zähne zuwächst, ein vollkommen ungiftiges, zuverlässiges Anästheticum in der Hand, und auch der Stadtarzt, dem die kleine Chirurgie nicht absolut Hekuba geworden ist, kann sich ruhig an derartige Erkrankungen mit Hilfe des Stovain heranmachen. In dem oben angezogenen Falle glückte die Sache sehr gut und allen Kollegen kann man nur empfehlen, gegebenen Falles ebenso zu handeln. Auf dem Lande ist die zahnärztliche Behandlung noch nicht auf der Höhe und schnelles Handeln des Landarztes ist oft geboten. Wenn man als Landarzt jährlich mit 200—300 Zahnfällen zu tun hat, bei welchen bezüglich des Plombierens Hopfen und Malz verloren ist, dann kann man ermessen, welche Hilfe die Anwendung des Stovains gewähren kann. Der Landarzt, welcher im Notfalle vor einer incarcerierten Hernie nicht zurückschrecken darf, wird soviel Chirurg sein, um Kieferentzündungen, durch alte Wurzeln hervorgerufen, beherrschen zu können; glücklich aber derjenige Herrscher, welcher mit Milde seines Amtes waltet, und dazu dient die Anwendung des Stovain. Dasselbe stellt sich also dem mit Kiefererkrankungen stets beschäftigten Landarzt als ein willkommener Bundesgenosse zur Verfügung, und auch der Stadtarzt sollte denselben gegebenenfalls nicht verschmähen.

Ein zweiter Fall, bei welchem mir das Stovain gute Dienste leistete, betraf eine Dame mit hartnäckiger Bindehautentzündung des Auges. Der Fall lag insofern kompliziert, als die Dame infolge einer Augenentzündung in der Kindheit bereits auf dem rechten Auge so gut wie nichts sah.

Die von mir zunächst angewandte übliche Behandlung mit Zincum sulfuricum führte nicht zum Ziele. Da entschloß ich mich zu energischem Touchieren der Bindehaut, zumal sich um den Limbus corneae eine immer stärker werdende Infiltration zeigte, auf deren Höhe sich ein Pannus bemerkbar machte. Ich touchierte nach vorheriger Anästhesierung der Bindehaut mit Stovain die Schleimhaut mit Cuprum sulfuricum in Substanz. Am 28. X. erfolgte die erste Touchierung, welche absolut schmerzlos verlief. Am 5. XI. war nach drei Touchierungen die Bindehautentzündung behoben; am Limbus corneae zeigte sich keine Injektion; der Pannus war verschwunden und seitdem hat sich nichts Krankhaftes mehr gezeigt.

Dieser Fall zeigt, daß man ein scharf wirkendes Mittel in die Hand nehmen kann, ohne die dadurch bedingte Schmerzhaftigkeit fürchten zu müssen, weil das Stovain Anästhesie hervorruft.

Recht instruktiv ist auch folgender Fall:

Ein Eisenbahnbeamter, der Bureaudienst tut, akquirierte einen Schanker. Alle möglichen Mittel, vom Xeroform — welches oft sehr gute Dienste leistet — angefangen, waren in Anwendung gebracht; vergeblich aber war alle Mühe. Als der Kranke zu mir kam, bestand der Schanker zwei Monate. Irgendeine regressive Tendenz war nicht zu bemerken; im Gegenteil, der Schanker griff um sich. Der gebildete harte Rand zerfiel und über den Trümmern hinweg kroch der Schanker mit fester, progressiver Tendenz weiter. Trotzdem sich Allgemeinerscheinungen nicht bemerkbar gemacht hatten, war die Prognose, ob Ulcus durum oder molle, noch recht zweifelhaft; der harten Infiltrierung nach konnte man die Annahme eines „Durum" rechtfertigen. Allein schließlich blieben doch Allgemeinerscheinungen aus. Es handelte sich also um Ulcus molle, aber mit dem Charakter des fortkriechenden. Hier und da bildeten sich kleine, scheinbar wie mit dem Locheisen herausgeschlagene Löcher, welche schnell zerfielen. Am 6. IX. fing ich an, den Schanker brüsk mit Cuprum sulfuricum in Substanz Tag für Tag zu touchieren, welcher Prozedur eine Anästhesierung mit Stovain vorausging. Der Kranke verzog auch keine Miene des Schmerzes. Der Grund des Schankers war also absolut unempfindlich geworden; das will viel sagen, denn bei tiefgehenden Schankern klagen die Patienten vor Schmerz schon bei der behutsamsten Reinigung des speckigen Grundes. Sowie sich eine neue Zerfallsstelle zeigte, wurde dieselbe gründlichst mit dem Cuprumstift behandelt; vielleicht gegen alle Regeln der Kunst; aber wie man gegen die Regeln der Kriegskunst einen Feind schlagen kann, so gelingt dies auch bei manchen Krankheiten.

Am 21. X. war völlige Heilung eingetreten dergestalt, daß man jetzt nur mit Mühe den Sitz des Schankers finden dürfte. Der Patient aber konnte nicht genug die Wohltat der Anästhesierung durch Stovain preisen, zumal er vorher bedeutende Schmerzen auch bei dem harmlosesten Streupulver auf dem Grunde des Schankers empfunden hatte.

Wie schnell schmerzlose Behandlung Vertrauen erwirbt, zeigt der folgende Fall:

Es handelt sich um einen früheren Kavallerieoffizier, der jahrelang an Gonorrhoea posterior litt mit sich daranschließender Entzündung der Prostata. Der Patient hatte in Wildungen eine Kur durchgemacht, an welche er heute noch mit Schrecken denkt, obwohl die Behandlung eine durchaus sachgemäße war. Dieselbe bestand in der Einführung eines Bougies, welches an der Spitze mit Höllensteinsalbe versehen war. Nach Applizierung der Salbe hatte der Patient stundenlang derartige Schmerzen, daß er sich auf dem Sofa herumwälzte oder Gehversuche nur schrittweise unternehmen konnte, zumal ihn heftiger Harndrang plagte, ohne daß es jedoch zur Entleerung kam. Der Patient blieb, wie er sich ausdrückte, „an jedem Baum stehen." Es ist erklärlich, daß dieser Patient bei neuem Ausbruch seines Leidens nur mit Zittern und Zagen an eine neue Behandlung heranging. Wie erstaunte derselbe aber, als er nach vorangehender Anästhesierung der Harnröhre durch eine Stovaineinspritzung eine Höllensteineinspritzung ohne jede Schmerzen vertrug; die Einspritzung wurde so vorgenommen, daß eine Spritze mit einem Nélatonkatheter armiert wurde und der Katheter bis zur Pars prostatica vorgeschoben wurde. Der Pat. hatte nach der Einspritzung nur ganz geringfügige Beschwerden; Harndrang stellte sich überhaupt nicht ein und der Kranke konnte sich nach dem Verlassen der Sprechstunde sofort frei ohne weitere Schmerzen bewegen. Da bei der Anästhesierung der Harnröhre die in der oben angegebenen Weise vollführte Höllensteinlösung täglich verabfolgt werden konnte, so dauerte die Behandlung bis zum Erlöschen des Ausflusses vom 16. XI. bis 12. XII. Es handelte sich dabei um Gonorrhoea posterior und Prostatitis. Ich schreibe das schnelle Verschwinden des Ausflusses der eingehenden Behandlung mit Argentumlösung zu, welche durch die Anästhesierung der Harnröhre möglich war.

Ich verwende jetzt bei jeder Gonorrhoebehandlung, sofern ich die Injektionen selbst vornehme, vorher die Anästhesierung vermittelst Stovainlösung.





Ein hervorragendes Mittel bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane, hartnäckigem Husten, Influenza, Keuchhusten, Asthma.

Siran verdankt seine Wirkung hauptsächlich dem Kal. sulfoguajacol. und den Thymianderivaten. Als ganz besonders bekömmliches Geschmackskorrigens ist eine *nach eigenem Verfahren* wasserlöslich gemachte Verbindung des Ol. Menthae mit CO_2 verwendet worden.

Siran regt die Verdauung an und verhindert abnorme Zersetzungen und Gärungen des Mageninhaltes, ohne die Verdauung zu stören.

Siran wird in den *Lungenheilanstalten*, sowie zur Unterstützung *klimatischer Therapie* in den Kurorten sehr viel angewandt. Speziell in der *Kinderpraxis* ist es gut zu verwenden, da die kleinen Patienten es wegen des *angenehmen Geschmackes* besonders gern einnehmen und gut vertragen. *Keuchhusten* wird bei Behandlung mit

Siran in außerordentlich kurzer Zeit zum Verschwinden gebracht. Der Keuchhusten verwandelt sich in einigen Tagen in einen einfachen Katarrh, die Anfälle werden milder, der Schleim locker und die drohenden Erstickungen fallen gänzlich weg. Bei *akuten und chronischen Katarrhen des Kehlkopfs und der Bronchien allerart* tritt nach Gebrauch von

Siran eine bedeutende Einwirkung auf die Schleimabsonderung in der Weise ein, daß der Schleim ohne jegliche Anstrengung fast von selber expectoriert wird. Bei *Kehlkopftuberkulose* läßt nach ein- bis zweitägigem Gebrauch von

Siran der blutige Auswurf vollständig nach. Der Schleim kann leicht ohne jede krampfhafte Anstrengung zutage befördert werden und die vorher heisere Stimme wird bald klar und verständlicher. Die Wirkung von

Siran zeigt sich zunächst darin, daß je nach Schwere der Krankheit innerhalb 2—8 Tagen eine bedeutende Steigerung des Appetites stattfindet; ferner beseitigt es die Fieber und hebt die Nachtschweiße bald gänzlich auf; das Allgemeinbefinden wird ein besseres, der Kranke fühlt sich bald freier, Husten und Auswurf lassen nach, um je nach Stadium der Krankheit, nach mehrwöchigem Gebrauch des *Sirans* gänzlich zu verschwinden.

Siran ist bedeutend billiger als alle ähnlichen Präparate und deshalb speziell für Krankenhäuser und die Kassenpraxis sehr geeignet.

Siran kostet die große Originalflasche, enthalt. ca. 170 g

.... M. 2.40 ....

(Kassenpackung M. 1.60)

Bestandteile:

R. kal. sulfoguaj. . . .	10.0
Acid. Thiminic. . . .	1.0
Extract Thimi conc. .	8.0
Sir Menthae praep. ad	170.0

Keine populäre Reklame.

Literatur und Proben zur Verfügung der Herren Aerzte.

Bestellkarte.

An die

Chemische Fabrik „Nassovia"



Der Großstadtarzt hat ja das Bild der Gonorrhoe recht häufig vor Augen; er erwirbt sich den Dank seiner Patienten, wenn er die besonders in der ersten Zeit der Gonorrhoe recht schmerzhaften Injektionen durch Stovain parallelisiert. Die Stovainwirkung läßt aber auch die Anwendung des Höllensteins im weitesten Maße zu, einer Therapie, durch welche man eine Reihe von Gonorrhöen in der Dauer abkürzen kann, von der man aber sonst der heftigen Schmerzen wegen Abstand nehmen mußte.

In lebhafter Erinnerung wegen der Seltenheit des Falles steht mir eine mit Stovainanästhesie vollzogene Operation am Penis. Ein junger Ingenieur zog sich eine Gonorrhoe zu. Bald bemerkte er dicht oberhalb des Bändchens an der Innenfläche der Vorhaut eine kleine nässende Stelle. Auf Druck entleerte dieselbe Eiter. Als ich den Punkt sondierte, verschwand die Sonde etwa 3 cm weit in der Vorhaut und kam schließlich an einem entgegengesetzten Punkte heraus. Es existierte also ein Kanal, der sich jedoch vor der Gonorrhoe niemals bemerkbar gemacht hatte, nun aber wahrscheinlich von der Harnröhre aus infiziert war und sieh als eine Art Kloake bemerkbar machte. In den Kanal wurde Stovainlösung gebracht, die Haut darüber mit der Lösung injiziert. Die Haut wurde absolut unempfindlich und der Kanal konnte durch Spaltung freigelegt werden. Irgendwelche Schmerzen hat der Patient bei der kleinen Operation nicht empfunden.

In einem Falle sah ich von Stovainzäpfchen, die auf meine Veranlassung angefertigt waren, einen schnellen Erfolg bei kleinen Einrissen im Mastdarm. Mit einem sonst bei dieser Erkrankung viel empfohlenen Mittel machte ich schlechte Erfahrungen. Ein Patient, eine Dame aus Rußland, lehnte dieses Mittel wegen seiner kolossalen Schmerzhaftigkeit ab. Hier sollten weitere Versuche angestellt werden.

Es waren nur wenige Bilder, welche ich von der Stovainwirkung zeichnen wollte; Bilder, wie sie die bunte Laune des Sprechstundenmaterials entstehen läßt und deren Zahl man reichlich vermehren könnte, wenn man nicht doch stets zu demselben Resultat kommen würde, daß das Stovain ein hervorragendes Anästheticum für den praktischen Arzt darstellt, hervorragend nach allen Richtungen hin; denn das Stovain bewirkt Schmerzlosigkeit und hat keine unangenehmen Nebenwirkungen; es zeichnet sich dadurch vorteilhaft vor manchem neuen Mittel aus, nach dessen Anwendung man nie weiß, ob nicht irgendwelche alarmierenden Folgen sich einstellen. Der praktische Arzt kann also das Stovain mit voller Ruhe als Anästheticum verwenden.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Leede: Bakteriologische Liquorbefunde bei Diphtherie. (Zeitschrift f. Hyg. u. Inf., 1911, Bd. 70, H. 1.)

Aus des Verfassers Untersuchungen ergibt sich:

1. Daß nach den Ergebnissen der ante mortem gemachten Untersuchungen der Uebertritt von Mikroben in die Cerebrospinalflüssigkeit nicht lange vor dem Tode erfolgte.

2. Daß das Eindringen der Mikroorganismen in den Lumbalkanal am häufigsten in den ersten zwei Krankheitswochen erfolgte.

3. Daß Diphtheriebacillen nur selten in dem Liquor spinalis sich nachweisen lassen; unter 90 Fällen nur 3 mal.

4. Daß nur in solchen Fällen sich die Löfflerbacillen im Liquor befanden, bei denen gleichzeitig eine durch dieselben oder mit anderen zusammen verursachte Bakteriämie bestand.

5. Daß der Liquor bei schweren Diphtheriefällen unter beträchtlichem Druck steht.

6. Daß in keinem Falle von schwersten, früh oder spät aufgetretenen postdiphtherischen Lähmungen sich Löfflerbacillen im Liquor befanden. Mühlschlegel.

Dr. **Fr. Reinking** (Hamburg): **Zur Diagnose von Fremdkörpern in den tieferen Luftwegen und in der Speiseröhre.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. ist auf Grund der von ihm gemachten Erfahrungen der Ansicht, daß zur Untersuchung auf Fremdkörper in den tieferen Luftwegen und in der Speiseröhre von den gegenwärtig so vervollkommneten direkten Methoden, der Bronchoskopie und der Oesophagoskopie, in der Praxis noch zu wenig Gebrauch gemacht wird. Er selbst hat kurz hintereinander drei Fälle von Fremdkörpern in einem Bronchus, im Larynx und Oesophagus gesehen, die von Aerzten größerer Krankenhäuser untersucht und zum Teil längere Zeit beobachtet wurden, ohne daß die Diagnose gestellt worden wäre. Im ersten Falle handelte es sich um einen 51 jährigen Mann, der im Anschluß an das Verschlucken eines Knochensplitters an einer eitrigen Bronchitis erkrankte; trotz mehrfacher ärztlicher Untersuchungen, Durchleuchtungen wurde kein Fremdkörper gefunden; erst 7 Monate nach dem Unfall kam in einem sehr heftigen Hustenanfall der Knochen nebst Blut und viel Eiter zutage. Der zweite Fall betraf ein 4 jähriges Mädchen, welches Jan. 1910 einen Hornknopf verschluckt hatte. Trotz mehrfacher ärztlicher Untersuchungen wurde kein Fremdkörper gefunden. Jedoch dauerten Husten und Schlingbeschwerden fort; deshalb wurde Verf. im Jan. 1911 konsultiert. Die Einführung des Oesophagoskops gelang zwar, doch war es wegen profuser Schleimsekretion nicht möglich, ein deutliches Bild zu bekommen. zunächst trat von selbst Besserung ein; 8 Wochen später, also 14 Monate nach dem Verschlucken, wurde gelegentlich eines heftigen Erbrechens der Hornknopf, dessen Durchmesser 24 mm betrug, nach außen entleert. Im dritten Falle handelte es sich um einen Knaben von 1 Jahr 8 Monaten, welcher beim Mittagessen sich verschluckt hatte und sogleich heiser wurde und heftige Schmerzen im Halse hatte. Die Röntgenuntersuchung in einem Krankenhause ergab ein negatives Resultat. Als Verf. nunmehr konsultiert wurde, bestand beträchtliche Atemnot, die nach Aufnahme des Kindes in die Klinik so stark wurde, daß Verf schleunigst die Tracheotomie ausführen mußte. Darauf konnte mittels eines Larynxspatels der Kehlkopf bequem eingestellt werden, und man sah einen zwischen den Stimmbändern steckenden, etwa 2 cm langen, scharfen Knochensplitter, welcher extrahiert wurde. Am nächsten Tage wurde die Kanüle entfernt. Der weitere Verlauf war gut. Verf. macht im Anschluß an diese Fälle darauf aufmerksam, daß bei der Untersuchung auf Fremdkörper in den Luftwegen und der Speiseröhre die Röntgenuntersuchung überschätzt wird. Nicht alle Fremdkörper sind röntgenologisch nachweisbar, daher kann ein negativer Befund nicht ausschlaggebend sein. Bei Fremdkörpern im Oesophagus pflegt die Untersuchung mittels der Sonde eine große Rolle zu spielen; auch hier beweist ein negatives Resultat nicht, daß kein Fremdkörper vorhanden ist. Maßgebend ist immer nur bei Fremdkörpern in der Speiseröhre das Resultat der ösophagoskopischen Untersuchung; bei solchen in den Luftwegen ist desgleichen stets die Tracheo-Bronchoskopie in Anwendung zu ziehen.

J. Boas (Berlin): **Ueber Frühdiagnose und Spätdiagnose des Magencarcinoms.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Als Kriterien wirklicher Frühdiagnosen eines Magencarcinoms können nach Verf. nur der bioptische Befund eines in den ersten Anfängen befindlichen Carcinoms, oder noch besser die Tatsache dienen, daß die vermeintliche Frühdiagnose zu einer ganz erheblichen Verbesserung der unmittelbaren Operationsergebnisse und der endgültigen Resultate führt. Alle bisherigen zur Frühdiagnose angegebenen Symptome erfüllen nach Verf. diese Postulate in keiner Weise. Statt den bisher unerfüllbaren Postulaten einer Frühdiagnose nachzujagen, hält es Verf. für praktisch wichtiger und auch erreichbarer, die spätdiagnostischen Symptome so zu verbessern und zu verfeinern, daß wir imstande sind, in den meisten Fällen schon vor der Laparotomie die Frühfälle von den Spätfällen zu unterscheiden. Hierfür ist schon jetzt eine Reihe von brauchbarer Zeichen vorhanden. In erster Linie nennt Verf. die Feststellung der sogenannten Rektummetastase. Die Rektummetastase ist von allen klinisch nachweisbaren inneren Metastasenbildungen die am leichtesten feststellbare und anscheinend auch die häufigste; sie kommt in 20—30 pCt. der Fälle vor. Die metastatischen Carcinome der Mastdarmes sitzen in der vorderen Mastdarmwand in der Regel 2—4 cm oberhalb der Prostata; sie fühlen sich hart und höckerig an; sie können bis taubeneigroß werden. Von den echten Mastdarmcarcinomen unterscheiden sie sich dadurch, daß sie erstens keine Ulcerationen aufweisen, ferner, daß sie nicht in die Schleimhaut hineinwachsen und daher nicht die für primäre Rektumcarcinome charakteristische unregelmäßige, trichterförmige Konfiguration aufweisen; meist verlaufen diese Rektummetastasen symptomlos. In seltenen Fällen können die Rektummetastasen eine zweifelhafte Diagnose „Magencarcinom" sichern. Weit wichtiger ist die prognostische Bedeutung der Rektummetastase. Sie deutet ohne weiteres auf eine ausgesprochene Generalisierung des lokalen Prozesses und schließt die Vornahme eines radikalen Eingriffes aus. Eine zweite wichtige Metastase des Magencarcinoms hat ihren Sitz in den Ovarien. In den meisten Fällen treten daher die Magensymptome gegenüber den von den Ovarien ausgehenden

in den Hintergrund. Bei Vorhandensein einer Ovarienmetastase ist ebenfalls ein Radikaleingriff als aussichtslos zu betrachten. Von Wichtigkeit ist nach Verf. ferner das „Rippenphänomen", welches darin besteht, daß bei anscheinend kleinen Carcinomen des Fundus ventriculi, der sogen. halbmondförmige Raum, einen mehr oder weniger deutlichen Dämpfungsbezirk aufweist. Das weist darauf hin, daß das Carcinom weite Teile des Fundus ergriffen hat und demnach der radikalen Entfernung große Hindernisse bereiten würde. Endlich sind nach Verf. Venenthrombosen am Unterschenkel für die Spätdiagnose von Wichtigkeit; sie deuten bei gleichzeitigem Bestehen manifester Carcinomsymptome im Bereich des Magens und der Därme auf einen Einbruch abgesprengter carcinomatöser Gebilde in das Blutgefäßsystem hin. Eine genaue Kenntnis der Spätsymptome des Carcinoms wird zur Verminderung der unbefriedigenden Probelaparotomien wesentlich beitragen.

Prof. Dr. **Hermann Merkel** (Erlangen): **Ueber Verschluß der Mesenterialarterien und dessen Folgen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Der embolische oder thrombotische Verschluß der Arteria mesenterica superior oder ihrer Aeste verläuft meist tödlich; in der Literatur sind über 150 derartige Fälle niedergelegt. Die Art. mesenterica superior ist also, wenn auch nicht im anatomischen Sinne, so doch funktionell, als Endarterie zu betrachten. Dagegen ist der Verschluß der Art. mesenterica inferior, welche z. T. das Colon transversum, ferner das Colon descendens und die Flexura sigmoidea sowie das Rektum teilweise versorgt, im allgemeinen nicht so gefährlich, weil diese Arterie sowohl nach oben wie nach unten ausgedehnte collaterale Verbindungen besitzt. Unter normalen Verhältnissen verläuft daher ein embolischer oder thrombotischer Verschluß der Art. mesent. inf. stets ohne schwere anatomische Schädigung der betreffenden Dickdarmabschnitte; dagegen treten solche ein bei stärkerer Sklerose der Mesenterialarterien und bei Individuen, die vor dem Tod an schwerer Herzinsuffizienz gelitten haben. Solche Fälle fand Verf. in der Literatur nur sechs. Als ein sehr seltenes Ereignis muß der embolische oder thrombotische Verschluß beider Mesenterialarterien gelten; allerdings wird dieser Verschluß kaum je gleichzeitig erfolgen. In diesen Fällen geht der Patient an Ileus zugrunde, bevor eine ausgesprochene Peritonitis sich entwickelt hat. Verf. hatte vor kurzem Gelegenheit, bei der Sektion einer 63 jährigen Frau einen gleichzeitigen Verschluß der oberen und unteren Mesenterialarterie zu konstatieren. Es fand sich eine Arteriosklerose der Bauchaorta mit wandständiger Thrombose im untersten Bauchteil und dadurch bedingtem totalen Verschluß der Art. mesenterica inferior; ferner lokale Thrombose im Stamm der Art. mesenterica superior; enorme Stauungshyperämie und Oedem fast der ganzen Dünndarm- und Dickdarmschleimhaut mit blutigem Erguß in das Darmlumen; blutiges Transsudat in der Bauchhöhle; totale Durchsetzung der linken Niere mit hämorrhagischem und anämischem Infarkt; Thrombose der linken Nierenarterie. Die betreffende Patientin hatte in den letzten Lebenswochen viel über Schmerzen im Leib geklagt; sie soll jedoch niemals erbrochen und nur in den beiden letzten Tagen blutige Durchfälle gehabt haben. Verf. fand in der Literatur nur noch drei Fälle von anatomisch festgestelltem Verschluß der beiden Mesenterialarterien, über welche er kurz referiert. R. L.

Neurologie und Psychiatrie.

Dr. **Otto Maas** (Buch-Berlin): **Ueber den gekreuzten Zehenreflex, im besonderen über seine klinische Bedeutung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. bespricht die Bedeutung des gekreuzten Zehenreflexes für die neurologische Diagnostik. Wie bei Untersuchung des Babinskischen Zeichens, wird in der Rückenlage bei abgelenkter Aufmerksamkeit des Patienten die Fußsohle durch Striche mit dem Hammerstiel gereizt und zunächst die Art der Reflexbewegung der Zehen auf der gereizten Seite festgestellt und darnach bei wiederholten Reizen die Zehenbewegung am anderen Fuße. Im allgemeinen muß ein etwas stärkerer Reiz ausgeübt werden, um den gekreuzten Zehenreflex zu erhalten; es macht auch zuweilen Schwierigkeit, die Aufmerksamkeit der Patienten abzulenken und willkürliche Bewegungen desselben zu vermeiden. In der überwiegenden Zahl der Fälle gelingt es mit Sicherheit zu erkennen, was willkürliche Bewegung und was Reflex ist. Ebensowenig wie das Babinskische Zeichen kann man gekreuzten Zehenreflex von allen Stellen der Fußsohle erhalten, und es muß in jedem einzelnen Falle ausprobiert werden, von wo aus dieser ausgelöst werden kann. Bei gesunden Individuen sieht man im allgemeinen keinen gekreuzten Zehenreflex, doppelseitig gekreuzten gelegentlich bei Individuen mit allgemeiner Reflexsteigerung. Einseitig gekreuzter Zehenreflex wurde, ohne daß ein organisches Nervenleiden bestand, nur bei Tuberkulösen in vorgeschrittenem Stadium beobachtet. Von Kranken dieser Kategorie abgesehen, beweist einseitig gekreuzter Zehenreflex das Vorhandensein organischer Veränderungen im zentralen motorischen Neuron und findet sich auch in Fällen, bei denen das Babinskische Zeichen fehlt; daher hat das Symptom klinisches Interesse. Ob zwischen Gehirn- und Rückenmarksherden in bezug auf das Auftreten des Symptoms Unterschiede bestehen, bedarf weiterer Untersuchung. R. L.

Heine: Die forensische Bedeutung der Amnesie. (Vierteljahrschrift f. gerichtl. Med., 1911, H. 3.)

Die Amnesie kann unter Umständen zunächst das einzige Symptom sein, das auf eine vorhergegangene Bewußtseinsstörung hinweist.

Sie ist, wenn sie auch unter Umständen fast gänzlich fehlen kann, immerhin noch ein wichtiges Symptom zur Diagnose der Dämmerungszustände, das allerdings der Gefahr der Simulation wegen nur in Gemeinschaft mit anderen Symptomen Verwendung finden darf.

Handlungen, die in eine Periode fallen, für welche später die als einfache Amnesie bezeichnete Art der Erinnerungslosigkeit besteht, sind nach § 51 des Str.-G.-B. straffrei. Ebenso besteht bei derartigen Handlungen nach § 827 des B. G.-B. für etwaigen durch dieselben erwachsenen Schaden keine zivilrechtliche Verantwortlichkeit. Willenserklärungen, welche in der Periode abgeschlossen sind, sind nach § 105 des B. G.-B. nichtig.

Für Handlungen, die in eine Periode fallen, für die retrograde Amnesie besteht, ist keine Straflosigkeit vorhanden. Dieselben sind zivilrechtlich verantwortlich und Willenserklärungen, welche in der Periode abgegeben sind, haben ihre Gültigkeit.

Zeugenaussagen über Vorgänge, welche in eine Periode der einfachen Amnesie oder retrograden Amnesie des Zeugen fallen, sind nur mit Vorsicht zu verwerten.

Ein erheblicher Grad von lokalisierter retrograder Amnesie oder gewisse Formen der systematisierten retrograden Amnesie sind unter Umständen zivilrechtlich als vorübergehende Geistesstörungen im Sinne des § 105 des B. G.-B. anzusehen.

Schwerere Formen der anterograden Amnesie bedingen gleichfalls eine Aufhebung der Geschäftsfähigkeit, namentlich der Testierfähigkeit.

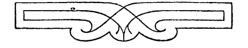
Durch eine über das ganze Leben ausgedehnte retrograde Amnesie können unter Umständen Schwierigkeiten, ein Individuum zu rekognoszieren, erwachsen, was die weitgehendsten rechtlichen Folgen nach sich ziehen kann.

Diejenigen Zustände, bei denen die Amnesie in ihren verschiedenen Formen am meisten gerichtsärztlich eine Rolle spielt, sind der epileptische Dämmerzustand, der hysterische, der nach Kopfverletzungen, sowie der komplizierte Rauschzustand. Mühlschlegel.

Chirurgie.

Priv.-Doz. Dr. **Anton Bum** (Wien): **Die subakute Sehnenscheidenentzündung und ihre Behandlung.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, No. 47.)

Verf. unterscheidet zwei Formen der subakuten Sehnenscheidenentzündung: die seröse und die serofibrinöse; letztere ist häufiger als die seröse. Die Therapie der subakuten Tendovaginitis bestand bis vor etwa 25 Jahren in Ruhigstellung des schmerzhaften Teiles bei entspannter Sehne, Applikation von Kälte oder feuchter Wärme, Jodeinpinselung und dergleichen. Seit die Erfolge kunstgerechter Massage diese physikalische Behandlungsmethode aus Skandinavien und Holland nach Mitteleuropa überpflanzt haben, eine Methode, von deren Anzeigen die bekannteste, experimentell einwandfrei festgestellte die Begünstigung der Resorption resorptionsfähiger Krankheitsprodukte darstellt, wurde auch bei der subakuten und chronischen Tendovaginitis Massage allenthalben in Anwendung gezogen. War es ja, sagt Verf., einleuchtend, daß der in einem Synovialkanal angesammelte seröse oder serofibrinöse Erguß durch den Handgriff der zentripetalen Streichung unter entsprechendem Drucke als einer vis a tergo im Wege der Lymphstomata und Lymphgefäße rascher in den Kreislauf gebracht werden kann, als durch Zuwarten, Ruhe und die üblichen Mittelchen. Dieses theoretische Räsonnement hat in praxi volle Bestätigung gefunden. Seit Jahren wird die Massage der subakuten und chronischen serösen und serofibrinösen Sehnenscheidenentzündung von den Chirurgen geübt und empfohlen. Verf. hat den Eindruck gewonnen, daß die Ursache der zumeist sehr schmerzhaften Erkrankung in Ueberanstrengung, sei es bei der Arbeit, sei es beim Gehen, zumal Bergabwärtsgehen, zu suchen sei. Besonders die sehr häufige Wiederholung ein und derselben Bewegung scheint da ätiologisch bedeutsam zu sein. Gewisse qualifizierte Arbeiter (Schlosser, Schmiede, Tischler), die mehrere Tage lang eine bestimmte Arbeit





Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Berlin S.O.36

Pharmaceutische Abteilung.

PASTA „LIERMANN“

Name geschützt. Patente angemeldet.

Aseptische Bolus-Wundpaste nach Prof. Liermann.

(Vergl. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911 No. 40 u. 41: Beiträge zur Wundbehandlung mit Bolus alba.)

◆ ◆ ◆

In der BOLUS-WUNDPASTE erscheint ein uraltes Wundmittel, die Thonerde in neuer — aseptischer — Gestalt. Sie ist nicht nur verwendbar als Wundmittel in der Wunde und der Wundumgebung, sondern auch als Imprägniermittel bei der Vorbereitung des Operationsfeldes und der Hände.

Die BOLUS-WUNDPASTE setzt sich aus chemisch indifferenten Mitteln zusammen, ihre Wirkungen sind rein mechanische, entsprechend den Hilfsmitteln der Asepsis, dem Wasserdampf und dem kochenden Wasser. Sie ist sterilisierbar, deshalb in keimfreiem Zustand stets gebrauchsfertig, sie bewahrt ihre Konsistenz auch bei höheren Wärme- und Kältegraden.

Bestandteile der Bolus-Wundpaste:

BOLUS, ein mikroskopisch feines hygroskopisches Pulver, wirkt, vor allem wenn es ausgeglüht, stark austrocknend und keimarretierend, hat die Fähigkeit durch kapillare Attraktion Flüssigkeiten anzusaugen, festzuhalten und erst bei feinster flächenhafter Verteilung abzugeben. Die Bolus ist deshalb ein ausgezeichnetes Vehikel für die übrigen Bestandteile der Paste, vor allem für den

ALKOHOL. Dieser wirkt ebenfalls austrocknend, gerbend und keimarretierend. Der Alkohol ist das souveräne Mittel für die Vorbereitung — Imprägnierung — der Hände und des Operationsfeldes, ihm ist nahe verwandt das

GLYCERIN (Glycerylalkohol, Ölsüß). Es durchdringt tierische Gewebe und wird von der äußeren Haut resorbiert.

AZODERMIN — Azofarbstoff — entgiftetes Derivat des Amidoazotoluols, des wirksamen Bestandteils der epithelbildend und granulationsbefördernd wirkenden „Scharlachsalbe“.

BOLUS-WUNDPASTE in jeder Gewichtsmenge enthält annähernd zur Hälfte Alkohol mit Glycerin gemischt. Die Paste brennt, als festweicher Spiritus, wie reiner Alkohol. (5 Gramm Paste etwa 2 1/2 Minuten, der Trockenrückstand beträgt 2,5 Gramm.)

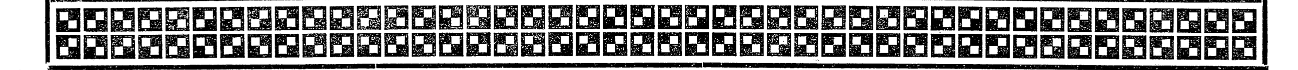
Von einem Wundmittel, das allgemeinere Anwendung erheischt, wird verlangt, daß es ungiftig, reizlos und reizmildernd, juckstillend, anämisierend, entzündungswidrig, austrocknend, keimarretierend, sekretionsbeschränkend, epithelbildend, granulationsbefördernd, geruchlos und desodorierend, ohne Färbekraft, der Haut festanhaftend, sterilisierbar, haltbar, sparsam im Verbrauch und billig sei. Die BOLUS-WUNDPASTE wird diesen Anforderungen gerecht, teilweise in besonderem Maße.

Anwendungsgebiete der Bolus-Wundpaste:

In der Asepsis unterstützt sie die Maßnahmen der Keimarretierung, die praktisch einer Entfernung, auch Vernichtung der Keime gleichzustellen ist. Die Paste eignet sich zur ersten Versorgung von Operations- und accidentellen Wunden und deren Umgebung. Bei der offenen Wundbehandlung, besonders auch bei infizierten Wunden und Entzündung in deren Umgebung unterstützt sie die Maßnahmen der mechanischen Antiseptik. In der Wunde selbst bewirkt die Paste eine schnellere Wundreinigung und schnellere Abstoßung nekrotischer Teile; sie fördert die Granulations- und Epithelbildung. Durch die Verwendung der Paste wird die Häufigkeit des Verbandwechsels und damit der Verbrauch an Verbandmaterial erheblich eingeschränkt, auch die Heilungsdauer in vielen Fällen abgekürzt. Als **Imprägniermittel** findet die Bolus-Wundpaste Verwendung zur Vorbereitung des Operationsfeldes und der Hände nach der **„Bolusmethode“**, die eine erhebliche Ersparnis an Zeit, Alkohol und heißem Wasser erzielt, auch die Handbürsten entbehrlich macht. Die Bolusmethode, deren kosmetischer Effekt ein guter ist, dokumentiert durch **ein äußerlich sichtbares Zeichen** — das Hervortreten der weißen Boluszeichnung in den Papillarlinien der Haut — die richtige Art der Vorbereitung bezw. die Wirkung des Alkohols auch in den Hauttiefen.

Verwendbar ist die Bolus-Wundpaste nicht nur allgemein in der Chirurgie, sondern auch in der Gynäkologie, Geburtshilfe, Otologie, Rhinologie und Dermatologie.

Die Bolus-Wundpaste kommt in kleinen Tuben (Größe I) und großen Tuben (Größe II) von ca. 50 und 100 Gramm Inhalt zum Versand. Frische Tuben enthalten zwecks Wahrung der Konsistenz der Paste bis zum völligen Verbrauch etwas überschüssigen Alkohol.



(Drehen, Bohren, Hobeln) forcieren mußten, Klavierspieler, die zu lange und zu intensiv die gleichen Griffe und Passagen geübt, Wäscherinnen (Auswinden der nassen, schweren Wäschestücke), Büglerinnen (häufiges Heben des schweren Plätteisens), Scheuerfrauen (anhaltender Gebrauch der Reibbürste, des Scheuerlappens) erkranken häufig an Tendovaginitis. Die Vermutung ist nicht von der Hand zu weisen, daß bei manchen Individuen eine Disposition zu dieser Erkrankung besteht.

Die Behandlungsdauer 6—10 Tage lang bestehender Fälle — früher gelangen solche Fälle kaum jemals an den Spezialisten — ist, falls kunstgerechte Massage angewendet wird, kurz. Solche Fälle lassen sich ohne Rücksicht darauf, ob die seröse oder die häufigere serofibrinöse Form vorliegt, in wenigen Massagesitzungen arbeitsfähig machen. Verf. empfiehlt hier die Streichung mit fast senkrecht aufgesetzter Daumenspitze. Der Strich beginnt peripher von der erkrankten Partie und wird bis weit über dieselbe zentralwärts geführt. Der eine Daumen folgt dem anderen derart, daß stets ein Daumen, der zwischen die Sehnenscheiden einzudringen sucht, die schmerzhafte Gegend bestreicht. Erhebliche Kraft darf hier nicht angewendet werden. Der Handgriff, der ab und zu durch eine Art Pauschalbestreichung des ganzen Gliedes mittels der den betreffenden Körperteil armbandartig umfassenden und zentralwärts streichenden Hände des Arztes unterbrochen wird, muß vielmehr unter mäßigem Drucke, aber durchaus elastisch, gelenkig erfolgen. Kr.

A. Zaucani: Ueber die Varicen der unteren Extremitäten. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 96, H. 1.)

Die sehr lesenswerte Arbeit hat es sich zur Aufgabe gemacht, den Bau des Stammes der Vena saphena magna genau zu studieren, an der Hand der normalen Struktur der Vene die Veränderungen an den Varicen zu bestimmen und den varicösen Symptomenkomplex beim Tier experimentell hervorzurufen. Z. fand in der Wandung der Varicen histologisch vorwiegend regressive Veränderungen. Eine Vereinigung der Arteria femoralis mit der gleichnamigen Vene beim Hunde erzeugte im Gegenteil eine progressive Vermehrung der Grundelemente der Vene infolge der gesteigerten Funktion. Die regressiven Veränderungen an den Varicenwandungen rühren her von der durch die Schwerkraft (Klappeninsuffizienz) bewirkten mechanischen Gewichtswirkung, welche zu Atrophie und Degeneration der Venenwand führt und von der durch die Blutstauung und Ektasie bedingten schlechten Ernährung der Gefäßwandung. Die einzige an den Varicen beobachtete Veränderung progressiven Charakters, die Bindegewebsneubildung, betrachtet Verf. als das Resultat eines Ausbesserungsprozesses. Der Blutdruck bei Varicen ist derselbe, gleichviel, ob die Venenklappen der Saphena suffizient sind oder nicht. Folglich hält Verf. diejenigen operativen Behandlungsmethoden für die rationellsten, welche den doppelten Zweck haben, einerseits die Blutsäule, welche vom rechten Herzen bis zum Sitze der Varicen zieht, durch Unterbindung der Vena saphena an ihrer Mündung in die V. cruralis und andererseits die Verbindung zwischen dem oberflächlichen und dem tiefen System der Venen der unteren Extremität durch Unterbindung der Venae communicantes möglichst vollständig zu unterbrechen.

F. Härtel: Diagnostische und therapeutische Erfahrungen beim Sanduhrmagen. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 96, H. 1.)

Die sich auf ein überaus reichliches Material stützende Arbeit erörtert sehr kritisch und anschaulich die für die schwierige Differentialdiagnose maßgebenden Gesichtspunkte. Der auf der Basis eines Ulcus entstandene Sanduhrmagen ist in den meisten Fällen nur eine Teilerscheinung anderer durch das Ulcus erzeugten Veränderungen. Der isolierte Befund eines Sanduhrmagens im Röntgenbilde rechtfertigt für sich allein noch nicht die Diagnose Ulcus. Deshalb hat die Röntgenuntersuchung noch auf folgende wichtige Punkte zu achten: 1. Motilitätsverlangsamung. Spätestens 6 Stunden nach der Wismutmahlzeit muß der normale Magen leer sein. 2. Verwachsungen des Magens mit der Umgebung. Sie sind vor dem Röntgenschirm durch Palpation und Lagewechsel des Patienten nachzuweisen. 3. Druckschmerz, reflektorische Muskelspannung, Resistenzgefühl. 4. Penetration des Ulcus in die Nachbarschaft.

Die Möglichkeit, das Ulcus penetrans im Röntgenbilde nachzuweisen, verdanken wir Haudek. Verf. konnte an dem Material der Bierschen Klinik 10 mal die Perforation des Ulcus röntgenologisch darstellen. In allen diesen Fällen bestand gleichzeitig ein Sanduhrmagen.

Die Röntgendiagnose des echten Sanduhrmagens erheischt deshalb viel Uebung und Erfahrung, weil überaus häufig Spasmen des Magens das Bild des Sanduhrmagens vortäuschen. Nur lange und wiederholte Beobachtungen vor dem Schirm können vor Irrtümern schützen. Beim spastischen Sanduhrmagen ändert sich manchmal die Form der Stenose während der Beobachtung, und der Wismutbrei gelangt relativ schnell aus dem oberen in den unteren Magensack. Uebrigens ist auch der spastische Sanduhrmagen häufig ein Symptom eines bestehenden Ulcus an der kleinen Kurvatur. Die Unterscheidung, ob eine Stenose durch Ulcus oder Carcinom bedingt wird, ist im Röntgenbilde meist möglich: Beim Ulcus besteht eine einseitige Einschnürung und die große Kurvatur wird an die kleine herangezogen; beim Carcinom ist die Einschnürung mehr ringförmig und gewährt das Bild einer Doppelspindel.

Für die chirurgische Behandlung des Sanduhrmagens stehen uns vier Methoden zur Verfügung: die Resektion, die Gastroanastomose, die Gastroplastik und die Gastroenterostomie am oberen Sack; letztere zeitigt gute Erfolge, wenn die Stenose im Magen eine fast komplette ist, so daß alle Nahrung durch die neue Anastomose gehen muß. Die Resektion gibt sehr gute Resultate, ist aber ein sehr großer Eingriff, welchem die meist geschwächten Kranken nicht immer gewachsen sind (unter 10 Fällen 6 Heilungen, 2 Besserungen, 2 Todesfälle). Gastroplastik und Gastroanastomose führen leicht zu Rezidiven und sind daher nicht zu empfehlen. Die in extenso mitgeteilten 24 Krankengeschichten mit den Röntgenbefunden vor und nach der Operation sind außerordentlich instruktiv.

Adler (Berlin-Pankow).

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

K. Dohi und T. Tanaka (Tokio): **Unsere Erfahrungen über die Salvarsanbehandlung im Laufe eines Jahres.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Die Verff. berichten über die Erfahrungen, welche in der Universitätsklinik für Hautkrankheiten und Syphilis zu Tokio mit der Salvarsanbehandlung der Syphilis gemacht wurden. Es wurden im ganzen 331 Syphiliskranke mit Salvarsan behandelt, und zwar wurde bei 111 Fällen das Mittel intramuskulär, bei 118 subkutan, bei 73 intravenös und bei 29 in gemischter Art injiziert. Erst seit April d. J. kam die intravenöse Methode ausschließlich zur Anwendung. Neue Gesichtspunkte ergeben sich aus den Mitteilungen der Verff. nicht. Diese fassen ihre Erfahrungen folgendermaßen zusammen: 1. Die Syphilistherapie hat im Salvarsan ein neues, mächtiges Ersatzmittel des Quecksilbers gefunden. Seine wesentlichen Vorzüge sind: Es tötet unmittelbar die Spirochaeta pallida und bringt alle Syphilide, besonders Initialsklerosen und Gummen, viel prompter zur Resorption als Quecksilber; es beeinflußt auch subjektive Symptome der Syphilis und Meta- oder Parasyphilis sehr günstig; es ist ein wahres Spezificum gegen maligne Syphilis, es eignet sich vorzüglich zur Präventivkur der Syphilis. 2. Doch ist es noch weit davon entfernt, ein Idealheilmittel der Syphilis zu sein, denn es kommen nicht selten selbst nach mehrmaliger Injektion von Salvarsan und bei genügender Dosis Rezidive vor, die oft schon einige Wochen nach der Einspritzung auftreten. Die Wassermannsche Reaktion wird meist erst nach mehrmaliger Salvarsananwendung negativ und kann auch dann nach einer Pause wieder positiv ausfallen. 3. Somit scheint auch Salvarsan ein Mittel darzustellen, mit dem wir eine definitive Heilung der Syphilis erst dann zu erzielen vermögen, wenn es mehrmals in Intervallen von Wochen, Monaten oder vielleicht auch von Jahren appliziert wird. 4. Die intravenöse Einspritzung ist am meisten zu empfehlen. 5. Die kombinierte Salvarsan- und Quecksilberkur scheint vorläufig die beste und energischste antiluetische Behandlung darzustellen.

Dr. **Max Braun** (Budapest): **Intravenöse Salvarsaninjektionen ohne Kochsalzzusatz.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Wie Verf. mitteilt, werden in der urologischen Abteilung des Rochusspitals zu Budapest die intravenösen Salvarsaninjektionen mit kochsalzfreien Lösungen gemacht; es wurden hierbei keine nennenswerten Nebenerscheinungen beobachtet. Die Bereitung der Lösung geschieht genau nach der dem Medikament beigefügten Vorschrift mit 15 proz. Natronlauge und frisch sterilisiertem, destilliertem Wasser, ohne Zusatz von Kochsalz. Die zur Verwendung gelangenden Glasgeräte und Filterpapier werden im Heißluftsterilisator bei 120—140° eine halbe Stunde lang sterilisiert, die Nadeln und Gummischläuche in sodahaltigem Wasser eine Viertelstunde lang gekocht. Die Lösung wird unmittelbar vor der Injektion bereitet und zum Schluß filtriert. Salvarsanampulle und Feile werden in absoluten Alkohol eingelegt. Die Injektion selbst geschieht nach der Infusionsmethode mittels 250 ccm fassendem Glasgefäß, Schlauch und Nadel in eine gestaute Kubitalvene; nur in zwei Fällen glückte es auf keine Weise, in das Lumen einer Vene zu gelangen. Die Salvarsandosis betrug bei Frauen 0,3, bei Männern 0,4 g, in 150 resp. 200 ccm destillierten Wassers mit Natronlaugezusatz gelöst. Von den so behandelten 61 Kranken hatten 3 mäßiges Erbrechen, einer Schüttelfrost und 38,1° C. Temperatur, 7 klagten über Kopfschmerz. Alle diese Beschwerden verschwanden auf 0,5 g Pyramidon binnen einer

Stunde. Später bekamen die Injizierten von vornherein 0,5 g Pyramidon unmittelbar nach der Injektion und 3—4 Stunden später. Herpes, Exantheme, Durchfälle oder sonstige Störungen seitens des Kreislauf- oder Nervensystems wurden in keinem Falle gesehen. Die Temperatur stieg niemals (abgesehen von dem einen Falle) über 37,5°, meist blieb sie sogar unter 37° C. Was die Heilerfolge anlangt, so wurden bei Mund- und Rachenaffektionen überraschend schnelle, bei Hautsyphiliden (insbesondere Sklerosen und Papeln) und Drüsen kaum bessere, oftmals viel langsamere Heilungen beobachtet als mit energischer Quecksilberbehandlung. Rezidive wurden bisher vier beobachtet, eines 4 Monate, eines 3 Monate und zwei 6 Monate nach der Injektion. In einem Falle trat eine von der Einstichstelle ausgehende Thrombophlebitis ein, in Form eines 16 cm langen, 4 mm breiten, geröteten, harten, schmerzhaften Streifens, der noch nach Wochen zu fühlen war.

Dr. **W. L. Yakimoff** und **Nina Kohl-Yakimoff** (St.-Petersburg): **Der Einfluß von Mikroben auf die Wirkung des Salvarsans.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Die Verfasser berichten über Versuche, die sie im Laboratorium des Georg-Speyer-Hauses zu Frankfurt a. M. auf Veranlassung von Ehrlich angestellt haben. Sie suchten zu ermitteln, inwieweit die kombinierte Wirkung von Salvarsan und Bakterienendotoxinen auf die Toxizität des Salvarsans von Einfluß sind. Der menschliche Körper reagiert nach einer Salvarsaninjektion bekanntlich unter Umständen mit Fieber, welches im Primärstadium der Syphilis am stärksten auftritt, weniger stark dagegen im zweiten oder dritten Stadium. Im primären Stadium sind die Spirochäten am zahlreichsten; im sekundären Stadium sind sie an Zahl geringer, im tertiären kaum mehr zu finden. Nach einer Salvarsaninjektion gehen die Spirochäten sehr schnell zugrunde, wodurch das Toxin frei wird und Fieber hervorrufen kann. Bei den Versuchen dienten als Versuchstiere Mäuse; es ergab sich, daß die Toxizität um das 2,4-fache erhöht wurde, wenn man dem Salvarsan resp. dem Tierkörper Bact.-coli-Toxin zufügte. Die Mortalität von mit Trypanosomen infizierten Mäusen war nach der Injektion von Salvarsan und Bact.-coli-Toxin größer, wenn das Blut eine große Anzahl von Trypanosomen enthielt, kleiner, wenn das Blut nur schwächer infiziert war, während ohne Bakterientoxin die Mäuse zwar schwach reagierten, jedoch nicht starben. Die Toxizität war um das 8 fache erhöht bei schwacher Infektion, bei starker Infektion sogar um das 15 fache. Die Verfasser schließen aus ihren Versuchsergebnissen: Enthält das Wasser irgendwelche Bakterien, die irgendeinen Einfluß auf die Toxizität von Salvarsan besitzen, so wird bei Salvarsaninjektion in der Syphilistherapie die Reaktion des menschlichen Körpers viel stärker sein als bei Anwendung frisch sterilisierten, einwandfreien Wassers.

Dr. **Hans Merz** (Basel): **Salvarsan- und Chinin-Behandlung des Pemphigus vulgaris.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. berichtet über einen schweren Fall von Pemphigus vulgaris, bei welchem er zunächst eine Salvarsanbehandlung versuchte. Die betreffende 30 jährige Patientin bekam innerhalb 2½ Wochen drei intravenöse Injektionen von Salvarsan in Dosen von 0,2 resp. 0,3 und 0,35 g. Es wurde aber keine Besserung erzielt; die Krankheit machte vielmehr weitere Fortschritte. Deshalb begann Verfasser die neuerdings wieder empfohlene Chininkur; zunächst gab er zweimal täglich 0,25 g. Es trat sofort Besserung ein. Die tägliche Chinindosis wurde allmählich gesteigert, bis auf 8 mal tägl. 0,25 g. Die Blasenbildung hörte bald völlig auf; es wurden deshalb die Chinindosen wieder vermindert. Im ganzen bekam die Patientin in 59 Tagen 65 g Chinin, ohne daß Intoxikationserscheinungen auftraten. Daneben wurden 2—3 mal pro Woche Kal.-permang.-Bäder angewendet und lokal Tumenolsalbe. Schließlich wurden noch einige Stellen mit Röntgenstrahlen (kleine Reizdosen) behandelt. Auf diese Weise wurde vorläufig Heilung erzielt. R. L.

Dr. **E. B. Blumenau** (St. Petersburg): **Die Bedeutung des nukleinsauren Natriums als Heilmittel bei Erysipel.** (Wratschebnaja Gazeta, 1911, No. 45.)

Der Verf. hat versucht, die durch Injektionen von Natrium nucleinicum hervorgerufene Hyperleukocytose zur Behandlung des Erysipel zu verwerten. Aus dem sehr zahlreichen Material, welches ihm im städtischen Obuchow-Hospital zur Verfügung stand, wählte er 77 Frauen aus, bei denen die Krankheit in schweren Formen aufgetreten war und mit ausgesprochenen toxischen Erscheinungen, Reizung der Gehirnhäute, starken Kopfschmerzen, Schmerzen im ganzen Körper, Uebelkeit usw. einherging. Als zweckmäßig erwies sich die intramuskuläre Anwendung 10 proz. Lösungen, von denen pro dosi 1,2 und auch 3 ccm zur Verwendung kamen. In allen Fällen wurde ein schnelles Sinken der Temperatur erzielt, Komplikationen irgendwelcher Art traten nicht auf. Die völlige Unschädlichkeit des Mittels bringt es mit sich, daß man auf etwa das Erysipel begleitende Krankheiten keinerlei Rücksicht zu nehmen braucht. Die Injektionen wirkten weniger auf die Hauterscheinungen, sie beseitigten vielmehr die bedenklichsten Symptome und unterstützten den Heilungsvorgang dadurch, daß sie das Auftreten von Komplikationen verhinderten. B.

Dr. **S. Bernheim** (Paris), Vorsitzender des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose, und Dr. **L. Dieupart** (Paris), Oberarzt an der Heilstätte für Tuberkulose zu St. Denis: **Neues Heilverfahren der Tuberkulose mit Dioradin** [radioaktives Jod-Menthol nach Dr. H. v. Szendeffy in Budapest]. (Uebersetzung der Abhandlung aus der „Zeitschr. f. Tuberkulose", 1911, Bd. 18, H. 5.)

Die Verfasser berichten über 75 Beobachtungen von verschiedenen Aerzten und kommen auf Grund eigener und fremder Forschungen zu dem Schluß, daß das von Dr. v. Szendeffy angewandte Dioradin ein mächtiger Heilfaktor bei Tuberkulose ist. Alle Patienten, an wie schwerer Tuberkulose sie auch gelitten haben mögen, haben eine vorteilhafte Einwirkung der Einspritzungen verspürt; alle haben an Gewicht zugenommen; kein einziger hat den geringsten Schaden davongetragen. Die Zusammensetzung des antibacillären Mittels ist folgende:

Jodpepton . . . . . . 0,75 cg
Menthol . . . . 0,06 „
Radium-Baryum-Chlorid $^{1}/_{10}$ Tropfen in ätherischer Lösung.

Das radioaktive Jod-Menthol wird am besten in die Gesäßgegend injiziert. Es wird sehr gut vertragen. Die Verfasser haben niemals einen Absceß, lokale Schmerzen, Jodvergiftung oder sonstige Zwischenfälle zu verzeichnen gehabt. Es sind bei der Anwendung des radioaktiven Jod-Menthols fast keinerlei Kontraindikationen vorhanden, nur Herz- und Nierenkranke erheischen eine Beachtung. Was die Anzahl der Einspritzungen betrifft, so fangen die Verfasser zunächst an, 5 bis 6 Injektionen zu machen, und zwar nur jeden zweiten oder dritten Tag, um die Empfindlichkeit der Patienten festzustellen; sodann beginnen sie mit einer Serie von 30 Einspritzungen und verabfolgen hierauf jeden zweiten Tag eine Einspritzung. Hierauf macht man eine Ruhepause von 10—14 Tagen und beginnt wieder mit einer Serie von 40. Man kann auf diese Weise 3—4 Serien vornehmen.

Das radioaktive Jod-Menthol zerstört den Kochschen Bacillus. Bei allen Beobachtungen, in denen vor und nach den Einspritzungen systematisch auf Bacillen untersucht worden ist, stellten die Verfasser zunächst fest, daß der Bacillus sich weniger gut färbt, daß er sich im Zustande der Entartung befindet, daß er spärlicher wird und schließlich verschwindet. Das radioaktive Jod-Menthol wirkt ferner in mächtiger Weise auf die Streptokokken ein, deren Gegenwart bei der Tuberkulose die Prognose im allgemeinen verschlechtert. Sie verschwinden sehr schnell.

Das radioaktive Jod-Menthol ist nicht nur ein mächtiger Heilfaktor bei Lungenschwindsucht, sondern auch bei tuberkulösen Lymphdrüsen. Auch bei Tuberkulose des Kehlkopfes, deren Prognose eine ganz schlechte ist, zeigte sich das radioaktive Jod-Menthol wirksam.

Schließlich ist noch hervorzuheben, daß das radioaktive Jod-Menthol die Magenfunktionen reguliert, die bei Phthisikern im allgemeinen schwer darniederliegen.

Alleinvertrieb des Mittels: Deutsche Dioradin-Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose. Berlin C. 2, Spandauer Str. 33—35 (Probststr. 14—16). Depot: Simons Apotheke, Berlin C. 2, Spandauer Str. 33. Preis der Schachtel von 6 Ampullen an Aerzte: 8 M.

Prof. Dr. med. **Martin Mendelsohn** (Berlin): **Zur Ernährungstherapie der Herzkranken.** (Fortschritte der Medizin, 1911, No. 33.)

Verf. empfiehlt, in allen den Fällen von Herzkrankheiten, bei welchen durch die vorhandene Kreislaufstörung und durch die Schädigungen in der Oekonomie des Körpers die Kraft und die Widerstandsfähigkeit der Patienten Einbuße erlitten hat, neben der eigentlichen Herztherapie eine systematische Hebung der Körperkraft durch eine regelmäßige und andauernde Darreichung von Lecithin herbeizuführen. Nun ist es aber keineswegs gleichgültig, welches der vielen zur Verfügung stehenden lecithinhaltigen Mittel Verwendung findet. Viele Hersteller, zumal solche zusammengesetzter Präparate, haben es sich sehr leicht gemacht, indem sie die Tatsache, daß das Hühnerei Lecithin enthält, dazu benutzten, Präparate aus Hühnerei oder ähnlichen Stoffen anzufertigen. Es ist unerläßlich, ein reines Lecithin zu verwenden, da sonst all die therapeutischen Erfolge, welche man mit einem solchen zu erzielen vermag, ausbleiben. Die große Mehrzahl scheidet ohnedies von vornherein aus, da alle zusammengesetzten Präparate, weil sie eben nicht erst später aus reinem Lecithin und anderen Substanzen kom-

biniert worden sind, sondern von vornherein nur aus lecithinhaltigen Stoffen als Gemische hergestellt werden, das Lecithin gar nicht in reinem Zustande enthalten. Von den wenigen anderen Präparaten hat sich Verf. als bei weitem am wirksamsten stets das Ovo-Lecithin Billon erwiesen, welches auch nach den vorliegenden Analysen alle übrigen in Frage kommenden Lecithinpräparate bei weitem an Reinheit übertrifft. Das Ovo-Lecithin Billon granulé — es wird in der Form von kleinen „Zuckergranules" hergestellt — besitzt in der Tat den Reinheitsgrad von 98—99 pCt. und darüber und ist somit das reinste Lecithin, während die übrigen in Betracht kommenden Präparate nur einen Reinheitsgrad von 70, 75, 80 und 85 pCt. haben. Es ist nach seiner chemischen Konstitution distearinglyzerinphosphorsaures Cholin; in vollkommen isoliertem Reinzustande ist es ein Colloid und wirkt als solches. Dieser Beschaffenheit entspricht auch die therapeutische Wirkung. Verf. konnte bei einer außerordentlich großen Zahl von Herzkranken, bei welchen er sowohl dieses Präparat als auch andere nacheinander angewendet hat, immer wieder aufs neue die augenfällige Ueberlegenheit des reinen Lecithins gegenüber anderen Präparaten feststellen. Es ist auch diese Ueberlegenheit sehr wohl zu verstehen. Die direkte Einwirkung auf die Körperzellen, welche das Wesen der Lecithinwirkung ausmacht, ist nur mit einem ganz reinen Lecithin zu erzielen, da schon geringe Verunreinigungen diese Wirkung sehr beeinträchtigen. Besonders ist in unreinem Lecithin Cholestearin enthalten; und das Cholestearin wirkt der Lecithinwirkung sogar direkt entgegen und hebt sie ganz oder zum Teil wieder auf; und nicht minder hinderlich sind die in unreinem Lecithin enthaltenen Fettsäuren und sonstigen Beimengungen. Kr.

Josef Scheindels: Ueber intravenöse Digalen- und Strophanthinanwendung. Aus der medizinischen Universitätsklinik zu Straßburg. (Inaug.-Dissertation, Straßburg 1911.)

Die intravenöse Digaleninjektion hat sich besonders dort bewährt, wo bei Kreislaufstörungen eine vor allen Dingen prompte Wirkung notwendig war und dort, wo Digitalispräparate, per os genommen, erbrochen wurden. Die Wirkung der intravenösen Digaleninjektion äußerte sich in einer Steigerung der Diurese, einer Abnahme der Pulsfrequenz, einer Vergrößerung des Schlagvolumens des Herzens, einem Regelmäßigerwerden des Pulses, Verschwinden resp. Verminderung von Dyspnoe, Cyanose, Erleichterung im subjektiven Befinden, Coupieren der Anfälle von Angina pectoris, Steigerung des Blutdruckes im Laufe der ersten ½—¾ Stunden nach der Injektion und dann Absinken desselben. Die angewandte Dosis (Einzeldosis) betrug durchschnittlich 1 ccm in 24 Stunden. Durchschnittlicher Bedarf in 24 Stunden ist 1,5 bis 2 ccm.

Die intravenöse Strophanthininjektion kann indiziert sein bei der Herzinsuffizienz kardialen Ursprungs, bei chronischer und akuter Herzinsuffizienz infolge einer Nierenaffektion oder Lungenerkrankung; in Fällen, wo eine einmalige Strophanthininjektion als Einleitung zur dauernden Digitalistherapie dient. Die Wirkung der intravenösen Strophanthininjektion äußerte sich in einer sofortigen Abnahme der Pulsfrequenz, Besserwerden der Pulsqualität, Abnahme der Dyspnoe, hochgradigen Steigerung der Diurese, Schwinden der Extrasystolen, Steigerung des arteriellen systolischen Blutdruckes, Absinken des Venendruckes, Erleichterung im subjektiven Befinden. Die an der Straßburger Universitätsklinik angewandte Dosis überschritt nie 1 mg in 24 Stunden. F.

Dr. **Felix Deutsch** (München): **Ueber die Wirkung des Atophans bei Gesunden und Gichtkranken.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. berichtet über Beobachtungen, die er in der II. mediz. Klinik zu München in betreff der Wirkung des von Nicolaier und Dohrn, Weintraud u. a. bei der Gicht empfohlenen Atophans (Phenylchinolin-Carbonsäure) angestellt hat. Zunächst konnte er bei gesunden Menschen die Wirkung des Atophans auf die Harnsäureausscheidung bestätigen. Die ausgeschiedene Harnsäure stieg meist nach Atophan (2—4 g) um das Doppelte und mehr an; der Purinbasengehalt blieb konstant und ebenso hielt sich der Gesamtstickstoff innerhalb physiologischer Schwankungen. Ein Ansteigen der Diurese wurde nicht bemerkt. Verf. prüfte ferner an einigen Personen, wie sich die exogene Harnsäure nach Atophangebrauch beim gesunden Menschen verhält; d. h. die mit der Nahrung zugeführte Harnsäure. Die Versuchspersonen erhielten 300 g Kalbsthymus. Das Atophan bewirkte in einem Falle, daß die früher deutlich verzögerte, sich auf drei Tage erstreckende Harnsäureausscheidung nach Thymusaufnahme prompt am ersten Tage erschien, und es erhöhte den Bruchteil der ausgeschiedenen Harnsäure; das letztere traf auch in einem zweiten Falle zu. Auch bei Gichtkranken ist die Steigerung der Harnsäureauscheidung nach Atophan meist vorhanden. Was die therapeutische Wirkung des Atophans anlangt, so wurden 25 Gichtkranke, sowohl akute wie chronische, mit dem Mittel behandelt. Wurde es auch meist anstandslos vertragen, so zeigten sich doch öfters unangenehme Nebenerscheinungen, wie Magendrücken, saures Aufstoßen, Diarrhöen. Gleichzeitige kleine Gaben von Natriumbicarbonat konnten diese Symptome unterdrücken. Die Durchschnittsdosis betrug 3—4 g pro Tag. Besonders bei akuten Fällen wirkte das Atophan günstig. Bei den akuten Gichtfällen sank nach Atophan die Fiebertemperatur immer innerhalb von 24 Stunden zur Norm, die Schwellungen der befallenen Gelenke sowie die Schmerzen schwanden auffallend rasch. In manchen Fällen erwies sich Atophan den Salicylpräparaten als bedeutend überlegen, indem es noch Erfolg zeitigte, wo diese Mittel versagten. Man kann nach Verf. das Atophan als das derzeit beste Mittel gegen den akuten Gichtanfall bezeichnen. Bei der chronischen Gicht leistet das Atophan, wie zu erwarten, weniger; die schon bestehenden schweren Veränderungen der Gelenke vermag es nicht zu beseitigen. R. L.

Dr. **Voigts** (Berlin): **Erfahrungen über Pituitrinwirkung in der Klinik und Poliklinik.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die in der Berliner kgl. Universitätsfrauenklinik mit dem Pituitrin als wehenanregendem Mittel gemacht wurden. Das Mittel wurde subkutan in den Vorderarm injiziert. Nennenswerte lokale Reizerscheinungen traten dabei niemals auf. Als günstigste Dosis stellte sich 1 ccm heraus. Geringe Dosen waren in ihrer Wirkung unsicher, und höhere ergeben keine besseren Resultate. Unter 75 Fällen wurde bei 60 ein guter Erfolg gesehen; in 11 Fällen versagte das Mittel ganz, oder es traten nur schwache, bald wieder nachlassende Wehen auf. Viermal stellten sich bei Verwendung des Pituitrins erhebliche Geburtsstörungen ein. In den 60 günstig verlaufenen Fällen traten 2—10 Minuten nach der Injektion kräftige Wehen ein. In einzelnen Fällen setzte nach der Injektion ein Wehensturm ein, der jedoch nach 10—20 Minuten in eine geregelte Wehentätigkeit überging. Meist kam man mit einer einmaligen Injektion von 1 ccm aus. Nur ausnahmsweise wurde es nötig, die Injektion noch 1—2 mal zu wiederholen. Unter den 60 Fällen waren alle Stadien der ersten und zweiten Geburtsperiode vertreten; es waren immer schon vor der Injektion Wehen vorhanden gewesen. In keinem Falle trat eine erhebliche atonische Nachblutung auf. Was die Mißerfolge anlangt, so sind sie zum Teil auf Anwendung zu geringer Dosen bei Beginn der Versuche zurückzuführen. Zum Teil betrafen sie Fälle, bei denen vor der Injektion noch keine Wehen vorhanden gewesen; in solchen Fällen gelang es niemals, die Geburt durch Pituitrin in Gang zu bringen. In einigen Fällen war kein Grund für den Mißerfolg ersichtlich. — Was die unangenehmen Nebenwirkungen anlangt, so handelte es sich einmal um eine zu stürmische Geburt, die etwa in 10 Minuten das Kind (apnoisch) zutage förderte; einmal entstand Tetanus uteri, welcher tiefe Narkose und Forceps erforderlich machte; einmal trat vorzeitige Lösung der Placenta ein, weswegen Dilatation durch „Bossi" und Forceps gemacht wurde; endlich trat einmal ein vorübergehender Ohnmachtszustand ohne weitere Folgen ein. Nach Verf. traten derartige Zwischenfälle nur innerhalb ½ Stunde nach Injektion des Mittels ein; daher kann man das Pituitrin auch außerhalb der Klinik anwenden, falls der Arzt die Kreißende noch mindestens ½ Stunde nach der Injektion überwacht. R. L.

Dr. **Eduard v. Hueber** (Salzburg): **Ein Fall von Adalinvergiftung.** [Kasuistischer Beitrag zur relativen Ungefährlichkeit selbst großer Dosen.] (Münchener med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Die 32 jährige gesunde Patientin hat in einem Zeitintervall von einer halben Stunde 10 und 8, zusammen also 18 Adalintabletten à 0,5 g genommen. Der 1¾ Stunden später gerufene Verf. mußte sich, da die Ausheberung mittels Magenschlauches wegen der Kieferspannung nicht gelang, auf Einflößen von Abführmitteln (Rizinusöl, Aq. lax. Vienn.) und Verabreichung eines Seifenklysmas beschränken, Maßnahmen, die bis zum nächsten Morgen drei reichliche Entleerungen zur Folge hatten. Pat. schlief mit einer Unterbrechung von wenigen Minuten, während deren sie ganz benommen war, ca. 30 Stunden. Sie litt nach dem Erwachen noch einige Zeit an Bewegungsstörungen, da sämtliche Muskeln, mit Ausnahme derer der Beine, schon bei Berührung heftig schmerzten. Sonstige Nachteile blieben nicht zurück; Atmung, Puls, Pupillen hatten keine Störungen gezeigt; der Harn war frei von Eiweiß und Zucker. L.

Chirurgische Therapie.

Oberstabsarzt Dr. **Stuertz** (Cöln): **Künstliche Zwerchfell-lähmung bei schweren chronischen einseitigen Lungenerkrankungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. will in der vorliegenden Mitteilung nur eine therapeutische Anregung geben. Er schlägt vor, bei gewissen schweren einseitigen Erkrankungen unterer Lungenpartien, insbesondere bei cavernösen Erkrankungen, für die Fälle, bei denen genügende Lungenkollapstherapie wegen breiter Adhäsionen der Pleurablätter nicht möglich ist, zwecks Entspannung der erkrankten unteren Lungenteile die künstliche Lähmung der entsprechenden Zwerchfellhälfte, durch Phrenicusdurchschneidung am Halse, herbeizuführen. Dieser Versuch soll unternommen werden, bevor man sich zu den meist lebensgefährlichen tieferen chirurgischen Eingriffen in den Unterlappen entschließt. R. L.

Berkes: Erfahrungen mit den Sprengelschen Bauchquerschnitten und ein neuer plastischer Querschnitt auf die Niere. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 96, H. 1.)

An der Hand von 275 Laparotomien (188 primär vernähte, 87 drainierte Fälle) weist B. überzeugend nach, daß der Querschnitt den bisher bevorzugten Längsschnitten in jeder Hinsicht überlegen ist. Er gewährt meist größere Uebersichtlichkeit, gestattet jede beliebige Erweiterung im Bedarfsfalle und verhütet, da er die radikulär verlaufenden Nerven schont, mit großer Sicherheit die postoperative Hernienbildung. Die Naht ist bei einiger Uebung zum mindesten nicht schwerer als beim Medianschnitt, so daß B. den Querschnitt für eine hervorragende technische Errungenschaft erklärt. Bisher war die quere Durchschneidung des Rektums mit Unrecht gefürchtet; die Wiedervernährung gelingt ohne jeden Schaden. B. hat das Prinzip des Querschnittes auch auf Nierenoperationen übertragen: querer Hautschnitt, quere stumpfe Durchtrennung der Bauchmuskeln entlang ihrer Faserrichtung. Gute Illustrationen veranschaulichen die Methode. Adler (Berlin-Pankow).

Technik.

In No. 3, S. 33, wurde nach der Arbeit von R. v. Hoesslin über eine neue Methode zur Herstellung von **Sauerstoffbädern** berichtet, welche sich durch Billigkeit vor den bisher meist für diesen Zweck benutzten Ozetbädern auszeichnen sollten. Wir werden darauf aufmerksam gemacht, daß unter Ozetbad nur eine bestimmte Art von Sauerstoffbädern zu verstehen ist und daß es, da es sich hierbei um eine Markenbezeichnung handelt, richtiger wäre, als kurzen Allgemeinnamen für Sauerstoffbäder den Ausdruck O-Bad zu gebrauchen. Dies wäre schon deshalb zweckmäßig, weil zurzeit außer den Ozetbädern mehrere andere Arten rein chemischer Sauerstoffbäder im Handel sind, von denen die Marke **„Leitholfs Sauerstoffbad“** (Fabrikant Hugo Leitholf, Crefeld) wegen ihrer Brauchbarkeit und Billigkeit zu empfehlen ist, während andererseits die Angaben v. Hoesslins über den Preis der Hepin-Sauerstoffbäder einer näheren Prüfung nicht Stich halten.

Ein vollständiges Sauerstoffbad nach Leitholf enthält ca. 300 g Perborat und entwickelt damit 20—24 Liter Sauerstoff; das Sauerstoffsalz ist haltbar, löst sich langsam und entwickelt auch langsam und gleichmäßig Sauerstoff. Ein solches Bad wird an Anstalten und Aerzte für 1,20 M. franko inklusive abgegeben. Das Bad ist mit einem dem Hepin ganz gleichartigen Katalysator ausgerüstet, welcher ebenfalls wasserhelle Bäder liefert, so daß ein Beschmutzen oder Beschädigen der Wannen gänzlich ausgeschlossen ist.

Ein Hepin-Sauerstffbad wird nach Dr. v. Hoesslin aus einem Liter 3 proz. H_2O_2 hergestellt, aus dem im günstigsten Falle 10 Liter Sauerstoff entwickelt werden können. Um 20—24 Liter Sauerstoff zu entwickeln, würden schon 2¼ Liter H_2O_2 à 40 Pfg. = 90 Pfg. nötig sein. Hierzu kommen an Fracht- und Emballagekosten mindestens 10 Pfg. und für eine Originalflasche von 5 g Hepin weitere 30 Pfg. Ein dem O-Bad gleichwertiges Hepin-Sauerstoffbad würde sich somit auf rund 1,30 M. stellen. Dieser Preis ist jedoch nur für Anstalten und Aerzte maßgebend. Für Private würde er wohl erheblich höher sein. Dabei haftet dem Hepinbade bei Verwendung von Wasserstoffsuperoxyd mehrere Uebelstände an, denn das H_2O_2 ist nur beschränkt haltbar; da es sich sofort mit dem Badewasser vermischt, wird eine zu schnelle Entwicklung des Sauerstoffes hervorgerufen, wie auch, im Gegensatz zu der Angabe v. Hoesslins, besondere Versuche mit dem Hepinbade gezeigt haben. Ein weiterer Nachteil der mit H_2O_2 erzeugten Sauerstoffbäder ist der, daß bei starkem Frost oder bei starker Hitze der Versand von H_2O_2 unmöglich ist, da es weder Frost noch Hitze verträgt. L.

Von großem Interesse ist eine **Neuheit auf dem Gebiete der photographischen Technik**, die von der bekannten Aktien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation in Berlin („Agfa“) eingeführt ist und sich nicht nur unter denjenigen Kollegen schnell Freunde schaffen wird, welche sich zu wissenschaftlichen oder sonstigen Zwecken mit der Blitzlichtphotographie befassen, sondern berufen scheint, diesem noch viel zu wenig beachteten Gebiet photographischer Tätigkeit unter den Dilettanten neue Scharen von Anhängern zu werben. Wir meinen den „Agfa“-Kapselblitz. Wenn schon mit der Verbreitung des immens lichtstarken, rapid verbrennenden und dabei denkbar rauchschwachen „Agfa“-Blitzlichtes (einer Mischung von Magnesiumpulver mit den Nitraten der auch in den Glühstrümpfen enthaltenen seltenen Erden) eine überaus starke Anwendung der Blitzlichtphotographie unter den Amateuren einsetzte, weil fast alle Uebelstände beseitigt schienen, die ihrer Ausübung vordem so erhebliche Schwierigkeiten bereiteten, so darf man jetzt ein ganz allgemeines Herantreten der Photo-Amateure an diesen Zweig ihrer Kunst erwarten. Die seither im Handel befindlichen Packungen des „Agfa“-Blitzlichtes, so bequem sie auch eingerichtet waren, verlangten doch ein vorheriges Abmessen der erforderlichen Quanten, wobei es ohne kleine Verschüttungen nicht immer abging. Zudem mußte man eine Lampe zum Abbrennen haben oder doch umständliche Vorbereitungen dazu treffen. Alles das ist jetzt behoben. Der „Agfa“-Kapselblitz vereinigt die erprobten Vorzüge des „Agfa“-Blitzlichtes mit einer Verpackungsart, die an Bequemlichkeit, Zuverlässigkeit und Sauberkeit schlechterdings nichts zu wünschen übrig läßt. Ihre Gefahrlosigkeit wird am treffendsten dadurch illustriert, daß die Oberpostdirektion den Versand per Post genehmigt hat. Erwähnen wir noch, daß ein Kapselblitz, der auch für größere Gruppenaufnahmen bei beträchtlicher Entfernung ausreicht, nur 30 Pfg. in den Handlungen photographischer Artikel kostet, so kann jedem Amateur nur geraten werden, wenigstens einen Versuch mit dem neuen Erzeugnis der „Agfa“ zu machen. (Vgl. auch die allen Interessenten in den einschlägigen Geschäften gratis zur Verfügung stehende Broschüre von Dr. M. Andresen „Ueber Magnesium-Blitzlicht“.)

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 10. Januar 1912 (Schluß).

Herr **Magnus-Levy**: Es fragt sich, ob der Methylalkohol selber oder seine Beimengungen eine Hauptrolle bei der Giftwirkung spielte. Ersteres ist nicht ausgeschlossen. Aceton spielt sicherlich keine Rolle. Furchtbar ist die Latenz der Vergiftung, die nicht auf der langsamen Resorption, sondern auf einer schweren Oxydierbarkeit des an sich molekular einfach gebauten Körpers beruht. Es ist nachgewiesen, daß Methylalkohol 4—6 Tage lang im Organismus verbleibt; Ameisensäure, das Abbauprodukt desselben, wird 4—6 Tage lang mit dem Urin ausgeschieden. Weitere Untersuchungen müssen Klarheit darüber bringen, ob der Alkohol selber oder seine Abbauprodukte (Ameisensäure, Chloroform, Aldehyd) gefährlicher sind. Es ist nach amerikanischem Muster zu verlangen, daß der Methylalkohol und seine Mischungen, die zu technischen Zwecken verwendet werden, nur mit der Etikettierung „Gift“ abgegeben werden dürfen und mit dem Vermerk, daß der Genuß der Flüssigkeit zur Erblindung führt.

Diskussion:

Herr **L. Pick** hat drei von den im Krankenhause Friedrichshain Verstorbenen seziert. Im ganzen sind bis jetzt 46 Sektionen gemacht worden, die einen übereinstimmenden Befund ergeben haben. Hervorzuheben ist folgendes: die auffallende Cyanose, die an CO-Vergiftung erinnernde Beschaffenheit der Totenflecke, die kirschrote Beschaffenheit des Blutes, die Injektion der Trachea und der Bronchien, das Zurücktreten des Befundes im Magen und Darm; am Gehirn ein gewisses Oedem und Blutung an der Unterfläche, im allgemeinen keine Veränderungen wie bei chronischem Alkoholismus. Die auffällige maximale Erweiterung der Pupillen ist bei den Leichen nicht vorhanden, kann aber vorhanden sein (Stromberg). Am Augenhintergrund: arterielle Hyperämie. Dies alles in einem Falle vereinigt bietet für die Annahme einer Methylalkoholvergiftung ein ganz charakteristisches Bild. Durch die Untersuchung des peripherischen und zentralen Nervensystems hat Vortragender eine histologisch-anatomische Grundlage zu finden gesucht für die Bewußtseinsstörung und die akute doppelseitige Amaurose. Schon nach klinischen Erfahrungen mußte der Angriffspunkt des Giftes in die Retina, in den N. opticus oder an beide Stellen verlegt werden. Bei zwei Patienten, die amaurotisch geworden waren, ließ sich mit völliger Sicherheit erkennen, daß in allen drei Retinaschichten diejenigen Veränderungen an den Ganglienzellen bestanden, welche Nissl als toxische Veränderungen der Ganglienzellen be-

schrieben hat. Am Sehnerven zeigten sich freie Achsenzylinder und Markscheidendetritus in der Nähe der Gefäße. Diese zum ersten Male gemachte Feststellung bietet eine sichere Grundlage für theoretische Konklusionen.

Herr **F. Mendel**: Die fünf Patienten, die gegenwärtig noch im Friedrichshain zurückbehalten werden, sind vom praktischen Gesichtspunkte aus als blind zu betrachten. Vier von ihnen, bei denen der Sehnerv noch reagiert, vermögen Handbewegungen in 1½ m Entfernung zu erkennen, während der fünfte mit starrer, erweiterter Pupille weder hell noch dunkel unterscheiden kann. Die Prognose ist als infaust zu betrachten.

Herr **Fischer** schildert noch einmal den historischen Verlauf der Vergiftungsangelegenheit. Auch er habe zu Anfang eine Infektionskrankheit für ausgeschlossen und auch die Diagnose Botulismus für unwahrscheinlich gehalten. Einer Autorität wie G a f f k y habe er natürlich nicht widersprechen können. Durch zwei Nichtmediziner seien die Tatsachen geklärt worden und mit der Schließung der Kneipe in der Danziger Straße hörten die Vergiftungen auf.

Herr **Wolff-Eisner**: In der Methylalkoholfrage sind noch nicht alle Probleme gelöst. Man muß unterscheiden zwischen der Wirkung des Methylalkohols auf den Menschen und auf das Tier; ferner zwischen primärer und sekundärer Toxizität. Erstere scheint konstant zu sein. E. berichtet über Versuche an Meerschweinchen.

Herr **v. Hansemann**: Bei der rätselhaften Angelegenheit hat man verschiedene Fehler gemacht, von der vorgefaßten Meinung ausgehend, es handle sich um Fischvergiftung. Man hat die Untersuchung der Fälle monopolisiert und die pathologischen Anatomen ausgeschaltet. Es wäre nützlich gewesen, in diesem Falle möglichst viele Köpfe zusammenarbeiten zu lassen. Bei Massenerkrankungen wird man in Zukunft nicht wieder so handeln dürfen. Ferner hat es sich als schädlich erwiesen, mit wissenschaftlichen Mitteilungen vor Abschluß einer Untersuchung an die politische Tagespresse heranzugehen. War doch in einem Artikel ausdrücklich angegeben, daß es sich um Vergiftung mit dem Bacillus botulinus handle. Derartige vorzeitige Erklärungen sind nur dazu angetan, die Wissenschaft zu diskreditieren.

Herr **H. Aronson** hält es für unmöglich, daß der reine Methylalkohol derartige Vergiftungen hervorzurufen imstande ist. Dem stehen glaubwürdige Mitteilungen aus Rußland gegenüber, wo Leute 4 Liter 40 proz. Methylalkohol getrunken hatten und keine Spur von Krämpfen bekamen. Vielmehr muß es sich um einen schlecht rektifizierten Methylalkohol mit einer Menge von Verunreinigungen gehandelt haben, die, aus Aldehyden und organischen Basen bestehend, schwerste Vergiftungen hervorrufen können.

Herr **F. Strassmann** nimmt die Staatsanwaltschaft in Schutz, die Leichen in Beschlag nehmen muß, sobald der Verdacht eines Verbrechens vorliegt, sei es, daß es sich um Vergiftung mit dem Bac. botulinus oder um sonst was handelt. Im übrigen nehme er für sich das Verdienst in Anspruch, durchgesetzt zu haben, daß einige Sektionen alsbald nach dem Tode der Betreffenden ausgeführt wurden. Für das Gebiet der Vergiftungen sei die gerichtliche Medizin in gleicher Weise kompetent wie die pathologische Anatomie. Uebrigens sind auch andere Stellen, wie das chemische und pharmakologische Institut, mit Material versorgt worden.

Der Schluß des Asyls ist erfolgt auf Veranlassung des Oberbürgermeisters, die Oeffnung auf diejenige des Instituts für Infektionskrankheiten, aus dem Grunde, weil durch dieses das Vorliegen einer Infektionskrankheit ausgeschlossen worden war.

Herr **Westenhoeffer**: Die Pathologen sollten staatlich verpflichtet werden, Sektionen auszuführen, dann würde eine Diskussion wie die heutige nicht stattfinden können.

Herr **Schwalbe** hält es für unstatthaft, post festum der Behörde wegen ihrer frühen Veröffentlichungen Vorwürfe zu machen.

B r i t z m a n n.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

A u ß e r o r d e n t l i c h e S i t z u n g v o m 22. J a n. 1912.

Vorsitzender: Herr H e u b n e r.

V o r d e r T a g e s o r d n u n g:

Ein Fall von Akromegalie.

Herr **Tugendreich**: Das 18 Monate alte Kind ist wohl; es zeigte aber vor einem Jahre eine Differenz im Umfange zwischen den beiderseitigen oberen wie unteren Extremitäten; links sind sämtliche Maße mehrere Zentimeter größer als rechts. Die Durchleuchtung ergab, daß die Diaphyse des linken Oberschenkels ½ cm länger als die des rechten ist. Jetzt, nach einem Jahre, ist kein Stillstand eingetreten, sondern die Differenz wurde noch größer. Es ist eine angeborene, halbseitige partielle, fortschreitende Hypertrophie. Eine kompensierende Skoliose ist bereits vorhanden. Sonstige Anomalien, z. B. im Gesicht, finden sich nicht.

T a g e s o r d n u n g:

Zur Pathologie der rheumatischen Infektion.

Herr **Heubner**: Die rheumatische Infektion kann im Kindesalter sehr verschieden verlaufen. Zur infantilen Rheumatose kann man vier Erkrankungen rechnen, die sich kombinieren, aber auch selbständig auftreten können: Polyarthritis acuta rheumatica, die rheumatische Herzerkrankung (Endokarditis und Perikarditis), die Chorea rheumatica (minor) und vielleicht das rheumatische Fieber. Es gibt noch viele Aerzte, die die Chorea minor hier nicht einreihen wollen. Diese Gruppierung nehmen wir nur auf Grund der Erfahrungen vor, da wir über den Indizienbeweis nicht hinauskommen, weil die Ursache der Rheumatose bei Kindern und Erwachsenen nicht festgestellt ist.

Allen gemeinsam ist die starke Anämie. Sie soll die Folge der schweren Schmerzen, der Schweiße und der mangelnden Ernährung sein. Die Schweiße treffen für die Kinder nicht zu, denn diese schwitzen nur ausnahmsweise. Die fortlaufende Prüfung des Blutbildes bei diesen Rheumatosen, die Vortr. systematisch durch einen japanischen Kollegen ausführen ließ, hat schon jetzt interessante Ergebnisse gezeitigt. Bekanntlich verlaufen Chorea und die anderen Erkrankungen in Wellenbewegungen (F r i e d m a n n, Leipzig). Auch im subfebrilen Stadium kann man diese Wellenbewegung erkennen.

Als der erste Knabe aufstand (nach wochenlangem, z. T. fieberhaften, sonst symptomlosen Verlauf) fing das Fieber an; am Herzen bestand nur eine geringe Störung. Es war ein richtiges rheumatisches Fieber. Entsprechend dem Fieberverlauf zeigte sich nun fast parallel gehend ein Schwanken der Zahl der roten Blutkörperchen. Der Hämoglobingehalt verlief mehr gleichmäßig. Ein Fall von Endocarditis rheumatica mit Chorea zeigte gleichfalls Schwankungen der Temperatur wie der Blutkörperzahl. Auch Schwankungen der letzteren deuten darauf hin, daß Pat. noch nicht geheilt ist. Es ist also nur eine Pseudoheilung. Die Chorea war erheblich. Der dritte Fall mit Gelenkrheumatismus und Herzgeräuschen verhielt sich ähnlich. Bei einem Falle von Pseudochorea nach Encephalitis bei Scharlach blieben hingegen die Blutkörperzahl und der Hämoglobingehalt völlig unbeeinflußt. Also bei allen Formen der Rheumatose zeigt der Verlauf der Blutkörperzahl und des Hämoglobingehaltes eine Analogie mit dem sonstigen Verlaufe des Krankheitsbildes. Es ist also keine sekundäre Anämie, sondern sie steht direkt im Zusammenhange mit der Infektion. Vielleicht wirkt deshalb Arsen so gut bei Chorea.

D i s k u s s i o n:

Herr **Baginsky**: Schon T r a u b e wies auf die schwere Anämie der Rheumatiker hin. Es scheint nicht, daß die Streptokokken hier mitwirken; denn andere Streptokokkenerkrankungen zeigen keine so intensive Anämie.

Herr **Bahrdt**: Gerade bei Streptokokkenerkrankungen spielen hämolytische Prozesse eine große Rolle, im Gegensatz zu anderen Infektionen.

Aus der Pathologie des vegetativen Nervensystems im Kindesalter.

Herr **Viereck**: Der Vagus ist ein Teil des vegetativen Nervensystems, das im Gegensatz zu dem animalen die vom Willen unabhängigen Organe, z. B. Herz, Drüsen und Genitalien versorgt. Wir unterscheiden zwei Gruppen, die antagonistisch wirken, den eigentlichen und den erweiterten Sympathicus, dessen Bahnen meist dem Vagus folgen. Sympathicus und Vagus kommen beide zu denselben Endorganen und wirken daselbst. Pilocarpin erregt, Atropin lähmt die Fasern des Vagus. Nitrite lähmen und hemmen die Tätigkeit der Schweißdrüsen, die anatomisch zum Sympathicus, pharmakologisch zum Vagus gehören. Die Verengerung der Gefäße ist Sympathicusreizung, während die Gefäßerweiterung als Vagusreizung noch nicht erwiesen ist. Es gibt Menschen, die nur auf vagotrope, andere, die nur auf sympathicotrope Mittel reagieren. Nach E p p i n g e r und H e u s s gibt es also eine erhöhte Reizbarkeit der Systeme, die sich freilich nicht immer bewahrheitet hat.

Der Nerv mit stärkerem Tonus verschiebt das Gleichgewicht zu seinen Gunsten; wenn in beiden Nerven die Spannung gering ist, bewirkt ein geringes Plus an Reiz schon einen starken Ausschlag. Denkbar wäre auch, an dem schwächeren Punkte anzugreifen. Zu den Organen mit innerer Sekretion gruppieren sich einerseits Schilddrüse und Nebennieren, andererseits Pankreas und Epithelkörper. Zu ersteren steht das Adrenalin in Beziehung, während man noch nicht weiß, ob die anderen mit dem Vagus in Beziehung stehen. Die ganzen Untersuchungen sind von E p p i n g e r und H e u s s an Erwachsenen ausgeführt worden. Sie haben gefolgert, daß das vegetative Nervensystem auch Beziehungen zu Erkrankungen des Kindesalters habe. Beim Status thymo-lymphaticus war das chromaffine System gering entwickelt; daraus wird auf eine sekundäre Vagotonie geschlossen; dies ist eine Vagusneurose, die den Vagus oder einzelne seiner Zweige betrifft. Alle Kranken reagierten auf Gaben von 1 mg Pilocarpin mit Schweiß-

ausbruch und Speichelfluß; sehr häufig waren Hyperacidität, Bradykardie, Arrhythmie und Obstipation, ferner Akkommodationskrämpfe und -paresen; letztere sind sonst der Diphtherie eigentümlich. Tränendrüsen und Schleimdrüsen der Nase sezernierten stärker; an der Haut beobachtet man Schweiße und Pigmentierungen, am Herzen Bradykardie besonders nach Infektionskrankheiten. Asthma soll für Vagotonie typisch sein, desgleichen Pylorospasmus, im Blute Eosinophilie und Lymphocytose. Pilocarpin bewirkt nach Eppinger Vagotonie mit Schweißausbruch, Speichelfluß, Mononukleose und Eosinophilie.

Vortr. hat diese Ergebnisse an 9 Kindern der Heubnerschen Klinik nachgeprüft. Die Schweißsekretion war nach Pilocarpin gering, aber Veränderung des Pulses deutlich; einem leichten Pulsanstieg folgt die Verlangsamung. Deutlicher war die Wirkung bei Atropindarreichung; es lähmt den Vagus; die Pulsbeschleunigung wurde größer, zumal wenn Vagustonus vorher bestand. Dieselbe Reihenfolge der Symptome war bei beiden Giften zu beobachten; umgekehrt war die Adrenalinwirkung; die Vagotonie sank, zumal bei Laryngospasmus. Adrenalin soll umgekehrt wie Pilocarpin wirken; es fand sich im Blute keine starke neutrophile Leukocytose, nur leichte Abnahme der Eosinophilen. Adrenalin mit Milchzucker kombiniert bewirkte bei 5 von 6 Kindern Glykosurie verschiedenen Grades.

Sehr häufig fanden sich vago- und sympathicotonische Symptome kombiniert, z. B. das Aschnersche Phänomen: Druck auf die Bulbi bedingt Pulsverlangsamung und sogar Stillstand des Herzens in der Diastole. Der Vagusreiz beeinflußt nicht die Atmung. Nach Atropindarreichung ist das Phänomen nicht eingetreten.

Der Laryngospasmus ist nach Falta und Kahn ein besonderes Symptom der Tetanie. Bei Adrenalinzufuhr kam es zu starken Gefäßerscheinungen, nicht zu Glykosurie. Auch Vortr. hat bei einem analogen Falle ähnliches gefunden. Auf der Höhe der Krankheit trat auch nach Darreichung von Adrenalin + Zucker keine Glykosurie auf; sie zeigte sich aber nach 14 Tagen in der Genesung. Auf der Höhe der Erkrankung war die Pilocarpinwirkung stark. Auch hier besteht erhöhter Vagustonus, starker Schweiß, weite Pupillen, Neigung zu Speichelfluß, Tränenfluß, Tachypnoe, keine Polyglobulie, keine neutrophile Leukocytose, sondern Mononukleose. Die Diagnose ist aus dem Anfall selbst und dem Chvostekschen Phänomen gestellt worden. — Also auch bei Kindern sieht man Ausschläge im Sinne einer Vago- und Sympaticotonie; auf der Höhe der Erkrankung, z. B. bei exsudativen Prozessen, herrscht die Vagotonie vor. Bei postdiphtherischer Lähmung besteht ein Vagustonus wie sonst bei Vergiftungen; auch das Aschnersche Phänomen findet sich.

Diskussion:

Herr **Heubner**: Bei den Versuchen handelt es sich um keine Spielerei; mit der Zeit wird eine feinere therapeutische Einwirkung möglich sein.

Ein Fall von angeborener Akromegalie mit Sektionsbefund.

Herr **Salle**: Die Akromegalie hängt mit der Hypophyse zusammen. Diese übt einen Einfluß auf das Knochenwachstum und die Körpergestaltung aus. Einpflanzung derselben unter die Haut eines Tieres bewirkt Wachstum des Knochens. Tatsache ist die Vergrößerung der Akra, der Nase, des Kinns, der Hände und Füße beiderseits und der gleichzeitige Befund einer pathologisch veränderten Hypophyse.

Das kranke Kind wurde zwei Tage alt in schwachem Zustande eingeliefert. Es stammt aus gesunder Familie, war ausgetragen und spontan geboren; es war ein blasses, schlaffes, langes Kind und wog 3125 g; beim Schreien wurde es cyanotisch. Das Gesicht war faltig, runzlig, groß, unkindlich und stets mürrisch. Nase, Kinn und Ohren groß. Brust gut gewölbt. Das Elektrokardiogramm ergab negative I-Zacke. Auffallend war die Länge der Hände und Füße, besonders der Finger. Das Röntgenbild ergab Veränderungen an der Basis cranii, die als Tumor imponierten, unregelmäßige Knochenbildung an dem Fußskelett, lange, dünne Phalangen. Wassermann und Pirquet negativ. Bei Ammen- und künstlicher Nahrung nicht schlecht ernährt, war seine Gewichtszunahme doch ungenügend; Hautturgor schlecht, Fettpolster gering; sonst sieht man häufig bei Erkrankung der Genitalien Zunahme des Fettpolsters. Das Kind starb 2½ Monate alt an einem Herzfehler in einem Anfalle von Dyspnoe und Cyanose.

Die Sektion ergab Vitium cordis, Foramen ovale für einen Finger durchgängig, Sehnenfäden, Meckelsches Divertikel und langen Darm. Die Sella turcica ist sehr erweitert, größer als die eines Erwachsenen; darin saß eine knochenharte Geschwulst, welche die Drüse nach hinten verdrängte. Diese war aber nicht verkleinert; mikroskopisch fanden sich keine wesentlichen Veränderungen an ihr außer einer vielleicht leichten Vermehrung der eosinophilen Zellen.

Diskussion:

Herr **Benda** hat in den vorliegenden Präparaten ebenfalls die eosinophilen Zellen vermehrt gefunden.

Herr **Baginsky** berichtet über einen ähnlichen Fall auf seiner Abteilung.

Herr **Heubner** sah einen Fall, der zuerst als Myxödem imponierte und später direkt in Akromegalie überging.

Mode.

---

83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsruhe vom 24.—30. September 1911.

(Fortsetzung.)

Abteilung für Chirurgie.

3. Sitzung vom Mittwoch, den 27. Sept. 1911, nachmittags.

Herr **Hackenbruch** (Wiesbaden) berichtet auf Grund großen Materials zur **Diagnose nicht sichtbarer Krampfadern**, welche mit chronischen Hautleiden und Geschwürsbildungen am Unterschenkel oder sogen. Krampfaderbeschwerden überhaupt in ursächlichem Zusammenhang stehen, über die von ihm erprobten Zeichen des „Fluktuationsstoßes" und „Durchspritzschwirrens" mit eingehender Erklärung. Sodann rät er, um schnellere Heilung zu erzielen, bei frischen Venenentzündungen an den Beinen entweder einen Tampon-Gazeverband anzulegen oder oberhalb der entzündeten Vene deren Stamm zu unterbinden.

Diskussion:

Herr **Perthes** (Tübingen) weist auf einen schon früher beschriebenen Versuch hin. Patienten, bei denen es gelingt, sie gehen zu lassen, während die Vena saphena komprimiert wird, und bei denen dann die oberflächlichen Varicen verschwinden, sind für Trendelenburgsche Operation geeignet.

Herr **Steinthal** (Stuttgart) sah Heilung von Varicen spontan auftreten durch methodische Gehversuche. Er ist mit den Resultaten der Varicenoperation wegen der häufigen Rezidive nicht zufrieden.

Herr **v. Beck** (Karlsruhe) hat ebenfalls bei allen Methoden vielfach Rezidive gesehen. Er macht jetzt Zirkumzision in engen spiraligen Windungen um den ganzen Unterschenkel, zieht die varicösen Venen zwischen zwei Schnittlinien heraus und näht dann wieder völlig zu. Mit dieser Methode erlebte er bis jetzt keine Rezidive.

Herr **Ledderhose** (Straßburg) glaubt nicht, daß der Blutstrom in Varicen umgekehrt sei, was er aus folgendem Versuch schließt: Wenn man bei einem liegenden Patienten das Bein soweit hebt, daß die Varicen eben noch gefüllt sind, so tritt bei tiefer Inspiration stärkere Füllung auf. Ferner hat L. bei zirkulärer oder spiraliger Unterbindung von Varicen Oedeme gesehen. Er empfiehlt daher Längsschnitte, um die Lymphstauung zu bessern.

Herr **Müller** und Herr **v. Eiselsberg** treten für die Totalexstirpation ein, doch betont besonders Herr **Müller** die Notwendigkeit, alle evtl. vorhandenen Stämme anzugreifen.

Herr **Wilms** (Heidelberg): **Bildung eines künstlichen Choledochus mit einfachem Drainrohr.**

Wenn der Choledochus durch Carcinome oder narbige Schwielenbildung oder durch operative Schädigung nicht mehr als Kanal für die Galle Verwendung finden kann, so empfiehlt Wilms, einen künstlichen Kanal zu bilden, was er bis jetzt in vier Fällen versucht hat. Die Bildung des künstlichen Gallenganges wird so vorgenommen, daß ein einfaches Drainrohr, das in den Hepaticus eingeführt und an diesen durch eine Nadel fixiert wird, mit Hilfe einer Kanalbildung nach Witzel mit seinem anderen Ende in das benachbarte Duodenum, am besten in den senkrechten Mittelschenkel, eingeführt wird. Mit seiner mittleren Partie liegt also das Rohr in mehr oder weniger großer Ausdehnung frei in der Bauchhöhle und wird entweder mit Netz oder mit Colon bedeckt. Diese Drainrohre sollen liegen bleiben und sie heilen tatsächlich vollkommen ein, wie das bei zwei Fällen festgestellt ist. In einem Falle, der vor fast 8 Monaten operiert wurde, und in einem anderen, bei welchem der Eingriff vor 4 Monaten vorgenommen wurde, funktioniert das Rohr andauernd gut, ohne daß eine Fistel nach außen besteht. Auch Schmerzattacken, die bei diesen Fällen vorher durch Cholangitis und Adhäsionen bedingt waren, sind nicht wieder eingetreten.

Tierexperimente haben ergeben, daß derartige Kanalbildungen für den Choledochus monatelang vollkommen funktionsfähig bleiben und daß das Rohr gut einheilt. Es wird die Methode natürlich nur dann in Frage kommen, wenn ein Bedürfnis vorliegt für eine schnelle Beendigung des Eingriffes und einfache Enteroanastomose zwischen Gallenblase und Hepaticus einerseits und Magen oder Darm andererseits unmöglich oder besonders schwierig ist.

Herr **Arnsperger** (Heidelberg-Karlsruhe): **Dauererfolge und Rezidive nach Gallensteinoperationen.**

Von 230 Gallensteinoperationen der Jahre 1907—1909, in denen prinzipiell die Cholecystektomie gemacht wurde, und

deren primäre Mortalität 6,9 pCt. betrug, hat Vortr. von 147 Patienten Nachricht über ihr jetziges Ergehen erhalten, 113 davon selbst nachuntersucht. Von diesen 147 Fällen ergaben 84,3 pCt. gute Resultate — 64,6 pCt. völlig geheilt, 19,7 pCt. arbeitsfähig mit leichten Beschwerden. 2,1 pCt. leiden an nicht mit der Operation zusammenhängenden Krankheiten und 13,6 pCt. blieben ungeheilt. Nach Besprechung dieser Fälle geht Vortr. auf die bei Rezidivoperationen erhobenen Befunde ein. Aus seinen Beobachtungen zieht er dann folgende Schlüsse: Die besten Resultate ergeben die noch auf das Reservoirsystem beschränkten Gallensteinerkrankungen, besonders die entzündlichen Erkrankungen der Gallenblase. Viel weniger günstig sind die Fälle mit vielen Gallensteinen und offenem Ductus cysticus, bei denen schon erfolgreiche Anfälle vorausgegangen sind. In solchen Fällen ist die Exstirpation der Gallenblase auch ohne erhebliche Wandverdickung empfehlenswert.

Ebenso ist die Cholecystomie bei allen entzündlichen Prozessen der Gallenblasenwand mit Neigung zu Adhäsionen und sekundärer Schrumpfung zu verwerfen und bei der Vornahme der Cholecystostomie jedenfalls eine Fixation der Gallenblasenkuppe an der Bauchwand zu vermeiden.

Beschwerden, die auf das Fehlen der Gallenblase zu beziehen wären, wurden vom Verf. bei keinem der Patienten festgestellt.

Die Cholecystostomie sollte also nur vorgenommen werden bei wenigen großen, sicher radikal zu entfernenden Steinen und intakter Gallenblasenwand, oder wenn besondere Gründe: Schwäche der Patienten, schlechte Narkose, untrennbare Verwachsungen bei tiefer Lage der Gallenblase, die die Exstirpation derselben als unzweckmäßig erscheinen lassen, vorliegen.

Herr **Steinthal** (Stuttgart): **Icterus gravis und Anurie.**

Vortr. bespricht einen Fall, welcher nach Gallensteinoperation bei schwerem Ikterus am vierten Tage nach der Operation an Anurie zugrunde ging, und setzt denselben in Parallele zu den von Clairmont und Haberer mitgeteilten Fällen. Im Gegensatz zu diesen Autoren, welche die Anurie damit erklären, daß das primäre Leberleiden eine zunächst latente Nierenschädigung bedingte, welche durch die Operation erst manifest wurde, sieht Steinthal in der Narkose die Hauptschädigung und zählt diese Fälle den protrahierten Todesfällen nach Chloroform zu, modifiziert allerdings durch die primäre Leberschädigung.

Diskussion:

Herr **Payr** (Leipzig) empfiehlt die Mobilisierung des Duodenums für Operationen im unteren Teile des Choledochus und besonders zur Entbindung von Steinen aus der Papilla Vateri. Die Ablösung des Duodenums gestaltet sich im allgemeinen nach Inzision des Peritoneums leicht; nur bei starken Adhäsionen macht sie Schwierigkeiten. Auch zur Diagnose der chronischen Pankreatitis ist sie sehr zu empfehlen.

Herr **Kraske** (Freiburg) glaubt nicht an echte Gallensteinrezidive. Beschwerden nach der Operation beruhen häufig auf anderen Komplikationen, namentlich auf Narbenstenosen an der Papilla Vateri, die durch kleine Verletzungen früher abgegangener Steine verursacht sein können.

Herr **Rehn** und Herr **Lexer** halten eine nachträgliche Entfernung des Drainrohres bei der Plastik von Wilms doch für ratsam. Herr **Rehn** hat die Ablösung des Duodenums schon oft ausgeführt.

Herr **Payr** hat Angaben über die Mobilisierung des Duodenums noch nirgends in der Literatur gefunden.

Herr **Roepke** hat bei völliger Gallenfistel durch Bildung eines Ganges mit Lappenplastik aus dem Duodenum Heilung erzielt.

Herr v. **Beck** und Herr **Simon** (Mannheim) berichten über Fälle von Ikterus und Anurie, die ohne Operation an Urämie gestorben sind.

Herr **Arnsperger** berichtet über die Tierexperimente über künstlichen Choledochusbildung mit Drainrohr. Er teilt ebenfalls einen Fall von Ikterus mit Anurie mit, die als toxische anzusehen ist. In einem Falle von Mobilisation des Duodenums trat sekundär starke Blutung ins Duodenum auf.

Herr **H. Finsterer** (Wien): **Ueber Kombinationsileus.**

Der von Hochenegg beschriebene doppelte Darmverschluß (primär Dickdarm durch Carcinom, sekundär Dünndarm) wird an Hand eines Falles — Carcinom des Colon descendens, sekundäre Einklemmung in einem von adhärentem Netz gebildeten Ring, Lösung der Einklemmung, Colostomie am Colon transversum — und fünf weitere Fälle der Klinik und 17 Fälle aus der Literatur genauer geschildert. Daneben findet eine zweite Gruppe Berücksichtigung, wo die primäre Darmverlegung durch akuten Verschluß (Hernia incarcerata, innere Strangulation) gegeben ist (36 Fälle). Unter Berücksichtigung der Anamnese (Uebergang des chronischen in den akuten Darmverschluß) und der klinischen Symptome (Wechsel in der Lokalisation der Schmerzen, Art des Meteorismus) kann der doppelte Darmverschluß vermutet werden. Bei der Operation entscheidet Hypertrophie des leeren Dickdarms. Die Prognose ist schlechter als bei einfachem Darmverschluß, meist wegen Uebersehen des zweiten Darmverschlusses. Therapie: Beseitigung beider Hindernisse, wobei das Carcinom zur zweizeitigen Exstirpation vorzulagern ist.

Herr **Kraske** (Freiburg) demonstriert:

1. Das Präparat eines reichlich armdicken Megasigmoideum, das wegen Achsendrehung die enorme Dilatation erreicht hatte und wegen drohender Gangrän reseziert worden war. Im Anschluß daran tritt Kraske für die primäre Resektion solcher Fälle von Megasigmoideum ein.

2. Einen enorm großen **Kotstein**, der einen Tumor der rechten Seite vorgetäuscht hatte, aber bei der Operation sich als Kotstein in einer abnorm langen Flexura sigmoidea herausstellte.

3. Das Präparat eines **Rektum**, das wegen Striktur reseziert worden war. Kraske betont dabei die Schwierigkeiten, die sich der Exstirpation des Rektums bei Striktur entgegenstellen, wenn der Prozeß auf die Umgebung übergegriffen hat.

Diskussion:

Herr **v. Eiselsberg** ist bei Fällen von Megasigmoideum ebenfalls für Totalexstirpation. — Bei den Strikturen des Rektum empfiehlt er wegen der bekannten Schwierigkeiten der Exstirpation Colostomie und Sondierung ohne Ende, ähnlich der bei Oesophagusstriktur, zu versuchen.

Herr **Müller** (Rostock) bestätigt die meist beträchtlichen Schwierigkeiten der Rektumexstirpation bei entzündlichen Strikturen.

Herr **G. B. Schmidt** (Heidelberg): **Pneumokokkeninfektion der Bauchhöhle und der Extremitäten im Kindesalter.**

Bei einer Influenzaepidemie, die ätiologisch auf eine Pneumokokkeninfektion zurückgeführt wurde, beobachtete Vortr. sieben Fälle von Pneumokokkenperitonitis und fünf Fälle von Pneumokokkenarthritis resp. -ostitis bei Kindern. In einigen Fällen schien das Eindringen der Pneumokokken durch die Lungen möglich (primäre Pneumonie, Empyem, Bronchialkatarrh), in anderen Fällen schienen reichliche Diarrhöen auf die Möglichkeit des Eintrittes durch den Darm hinzuweisen.

Die Pneumokokkenperitonitis wurde als diffuse Form und als abgesacktes Empyem des unteren Abdomens beobachtet. Von sieben Kindern erlagen zwei nach Heilung der Peritonitis einer sekundären Pneumonie. Eines starb, weil die Operation abgelehnt wurde; die anderen gelangten zur Heilung. Die Appendix wurde in allen Fällen nicht erkrankt gefunden.

Die Pneumokokkeninfektion der Extremitäten wurde 3 mal monoartikulär und 2 mal als Osteomyelitis beobachtet. Die Erkrankung trat plötzlich auf unter heftigen Schmerzen und starker, ödematöser Schwellung, aber ohne jede entzündliche Rötung. Die Fälle von Arthritis heilten auf Inzision und Drainage nach acht Tagen aus. Ein 2½ jähriges Mädchen bot ein besonders schweres Bild der Pneumokokkenpyämie nach Empyem mit multiplen Metastasen. In allen fünf Fällen konnte man beobachten, daß dem ganzen Entzündungsvorgang eine nennenswerte Reaktion des Organismus fehlte. Das Fieber war, abgesehen von den ersten Tagen, minimal; die Hyperämie mangelte fast vollkommen; die Granulationen waren schlaff, die Sekretion spärlich und der Heilungsvorgang meist sehr verzögert.

Diskussion:

Herr **Haim** (Budweis) hebt hervor, daß in vielen Fällen von croupöser Pneumonie, die unter Appendicitiserscheinungen einsetzt, doch eine Reizung der Appendix durch Pneumokokken vorhanden sein kann.

Herr **Haim** (Budweis): **Primäre akute zirkumskripte Colitis.**

Die Beobachtung eines Falles von akuter zirkumskripter Colitis am Colon transversum sowie das Studium der Literatur ließen eine weitgehende Analogie der Colitis und der Appendicitis erkennen. Die Symptomatologie zeigt eine vollständige Uebereinstimmung. Fieber, Erbrechen, Schmerzen im Bauch, Druckempfindlichkeit und Bauchdeckenspannung sind ebenso wie die Leukocytose und andere seltenere Symptome für die Colitis wie für die Appendicitis pathognomonisch. Auch die weitere Entwicklung verläuft analog wie bei der Appendicitis. Aetiologisch hält Vortr. nicht die Koprostase für wichtig, sondern glaubt an infektiöse Entstehung der Colitis. Die Differentialdiagnose gegenüber Appendicitis wird sich durch die verschiedene Lokalisation der erkrankten Darmabschnitte ergeben. Die Therapie wird meist eine operative sein müssen und die fortschreitende Erkenntnis dieser Fälle wird auch hier zur Frühoperation führen.

Diskussion:

Herr **Hammer** (Karlsruhe) berichtet über einen Fall, der unter dem Bilde einer Appendicitis verlief, aber in einer entzündlichen Verdickung des Coecums ohne Beteiligung der Appendix bestand.

Herr **v. Beck** (Karlsruhe) betont die ätiologische Wichtigkeit der akuten Colitis nach Diätfehlern für die Appendicitis.

Herr **Schmieden** (Berlin): **Methoden des Sphinkterersatzes.**

Auf Grund seiner eingehenden Studien auf diesem Gebiete und unter ausführlicher Schilderung der vielfachen in der Literatur beschriebenen Methoden des Sphinkterersatzes hebt Vortr. hervor, daß jeder Operationsmethode eine genaue Kenntnis der anatomischen und physiologischen Verhältnisse des Sphinkterapparates zugrunde gelegt werden muß, die er im einzelnen erläutert. Er glaubt, daß das Studium der jeweilig noch vorhandenen Kontinenzbedingungen in vielehn Fällen durch Kombination verschiedener Methoden bessere Resultate auf diesem Gebiete bringen wird und berichtet über einige Versuche, die er selbst in dieser Richtung angestellt hat.

Diskussion:

Herr **Payr** (Leipzig) bemerkt zur Schoemakerschen Sphinkterplastik, daß durch breite Drainage die Coliinfektion vermieden werden muß, und berichtet über einen Versuch einer intraperitonealen Schließmuskelbildung aus dem Ileopsoas.

Herr **v. Eiselsberg** hat mit der Schoemakerschen und Gersunyschen Methode gute Resultate erzielt, warnt aber vor zu starker Drehung bei letzterer.

Herr **Katholicky** betont, daß die Spannung der Lappen bei der Schoemakerschen Plastik nicht zu stark sein darf.

Gesamtsitzung beider Hauptgruppen.

Referent: W. Stockert (Karlsruhe).

Donnerstag, den 28. September 1911, vorm.

Vorsitzender: Herr M. v. Frey (Würzburg).

Herr **S. Garten** (Gießen): **Ueber Bau und Leistung der elektrischen Organe.**

Die in der belebten Natur einzig dastehende gewaltige Elektrizitätsproduktion der Zitterfische ist durch die neueren mikroskopisch-anatomischen und physiologischen Untersuchungen unserem Verständnis näher gebracht worden. Die Zahl der Arten elektrizitätserzeugender Zitterfische ist sehr groß. Einzelne von ihnen waren schon den Alten bekannt und wurden von den antiken Aerzten elektrotherapeutisch verwendet. Der elektrische Schlag eines Zitterfisches vollzieht sich mit allergrößter, kaum mit feinsten Instrumenten meßbarer Schnelligkeit und bei einzelnen Arten mit sehr großer Kraft. Dies zeigt Vortragender an einem Experiment. In einem entsprechend eingerichteten Behälter befindet sich ein Zitterwels aus dem Nil; mit dem Kasten ist auf der einen Seite ein Telephon, auf der anderen ein in ein Hebelwerk gespannter Froschmuskel verbunden. In dem Moment, in dem man den Zitterfisch ganz zart mit einem Glasstab berührt, hört man in dem Telephon ein Geräusch und sieht man den Froschmuskel zusammenzucken. Setzt man in den Kasten außerdem kleine Frösche, dann stören diese den Zitterfisch in seinen Schwimmbewegungen, es erfolgt Schlag auf Schlag, der elektrische Strom geht durch die Tiere hindurch und setzt Nerven, Muskeln, auch den Herzmuskel in Erregung. Auf diese Weise werden andere Tiere mindestens fortgeschreckt, vorübergehend gelähmt oder auch getötet. Bei dem König der Zitterfische, dem in Südamerika vorkommenden Zitteraal, erreichen die Schläge eine Kraft von 300 Volt. Die ersten sehr genauen physiologischen Aufschlüsse über die Zitterfische verdanken wir Du Bois-Reymond; dessen Schüler Carl Sachs hat in Südamerika den Zitteraal studiert und am eigenen Leibe Das elektrische Organ der Tiere ist bei den verschiedenen mit Entsetzen die kolossale Wirkung der Schläge erfahren. Arten verschiedenartig gelagert und aufgebaut, zeigt aber überall darin Uebereinstimmung, daß es aus einer Reihe von Schichtungen besteht, die der Voltaschen Säule ähneln. Man hat früher geglaubt, daß dieses Organ in der gesamten Tierwelt etwas vollkommen Besonderes darstellt. Neuere embryologische Forschungen haben gezeigt, daß das Organ lediglich eine Umbildung von Muskel- und Nervengewebe ist. Auch konnte festgestellt werden, daß die elektrischen Ströme der Zitterfische mit den unendlich kleinen elektrischen Strömen, wie sie bei anderen Tieren Nerv, Muskel oder Drüse erzeugen, wesensgleich sind. Der Vortragende selbst konnte auch die elektrischen Fische zu Untersuchungen über Besonderheiten von Nerv und Ganglienzellen benutzen. Bei dem Zitterwels wird nämlich das elektrische Organ auf jeder Körperseite nur von je einem einzigen Nerven versorgt, der wiederum nur von einer einzigen, verhältnismäßig großen Ganglienzelle ausgeht. Garten konnte feststellen, daß in dem Nerven eine rückläufige Richtung möglich ist. Ferner konnte er die Tätigkeit der Ganglienzellen selbst studieren. So bieten uns alle elektrischen Fische Untersuchungsobjekte für die Lösung vieler allgemeinen Fragen.

Herr **W. Sievers** (Gießen): **Die heutige und die frühere Vergletscherung der südamerikanischen Kordilleren.**

Herr **E. Arnold** (Karlsruhe): **Das magnetische Drehfeld und seine neuesten Anwendungen.** (Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Die Gonorrhoe des Mannes. Ihre Pathologie und Therapie. Ein Leitfaden für Aerzte und Studierende. Von Dr. med. **Wilhelm Karo.** Berlin 1911, Julius Springer.

In der vorliegenden Monographie gibt Verf. eine kurze Uebersicht über die Haupttatsachen der Gonorrhoe. Einen breiteren Raum räumt er der von ihm selbst geübten Therapie mittels festweicher Tuboblennal-Injektion, kombiniert mit Buccosperin-Kapseln, ein. Von Komplikationen wird gleichfalls auf Grund von Beobachtungen des Autors die Rektalblennorrhoe ausführlich beschrieben. Die Darstellung der Monographie ist eine flotte und leicht verständliche. Wir können den Kollegen den Leitfaden nur empfehlen.

Die Gastroskopie. Von Dr. **Hans Elsner** (Berlin). Mit 67 Abbildungen und 11 Tafeln in Dreifarbendruck. Leipzig 1911, Verlag von Georg Thieme. 129 S.

In dieser Monographie hat Verf., welcher an dem Ausbau der Gastroskopie in hervorragender Weise beteiligt ist, seine Ansichten über die Technik, Methodik, Indikation und Kontraindikation dieser noch vielumstrittenen Untersuchungsmethode niedergelegt. Daß diese Methode eine wertvolle Bereicherung der endoskopischen Untersuchungsmethoden darstellt, wird man nach dem Studium dieses Buches zugeben müssen, wenngleich ihre gefahrlose Anwendung eine große Uebung erfordert. Als Untersuchungsinstrument benutzt Verf. das von ihm selbst, nach der Analogie der Nitzeschen Cystoskope, angefertigte, mit entsprechenden Modifikationen für den Magen versehene Gastroskop, dem er ebenso große Sicherheit in der Deutung des Befundes wie in der Gefahrlosigkeit seiner Anwendung nachrühmt. Sehr anschaulich und eingehend schildert er das Zustandekommen und die Deutung der Magenbilder, sowie die Vorsichtsmaßregeln, die man anwenden muß, um sich vor einer falschen Deutung der zuweilen etwas verzerrten Bilder zu hüten. Verhältnismäßig stiefmütterlich ist der letzte Teil, gastroskopische Befunde bei gesunder und erkrankter Magenschleimhaut, behandelt. Freilich liegt es in der Natur der Sache, daß bei einer verhältnismäßig so jungen und mit so erheblichen technischen Schwierigkeiten verbundenen Disziplin die für eine gesicherte klinische Darstellung verfügbare Ausbeute noch nicht allzu groß sein kann. — Für jeden Kollegen, der sich für die neue Untersuchungsmethode interessiert, wird es unumgänglich notwendig sein, das vorliegende Kompendium eingehend zu studieren. — Die äußere Ausstattung ist mustergültig. H. L.

Atlas zur Klinik der Killianschen Tracheo-Bronchoskopie. Von San.-Rat Dr. **Mann**, dirig. Arzt am Stadtkrankenhause Dresden-Friedrichstadt. Würzburg 1911, Verlag von Curt Kabitzsch. Preis 22 M.

Die den engeren Fachgenossen schon vorgelegten Bilder pathologischer Präparate von raumbeengenden Affektionen des Brustraumes, die zu Lebzeiten Veranlassung zur tracheobronchoskopischen Untersuchung gaben, hat Mann in einem vom Verlag prächtig ausgestatteten Atlas der Gesamtheit der Aerzte zugänglich gemacht. Der in vivo aufgenommene, tracheoskopische Befund wird nur beschrieben, was bei der starken Beimengung von Subjektivität, die bildliche Darstellungen solcher Befunde notwendig enthalten, durchaus gerechtfertigt erscheint. Um so schärfer und klarer sind die von Künstlerhand wiedergegebenen anatomischen Präparate, die teils die Bedeutung der Strumen, der Aneurysmen für die Tracheobronchialstenose demonstrieren, teils den Einfluß von Geschwülsten aus der Umgebung der Luftröhre vor Augen führen und außerdem uns mit sehr seltenen primären Carcinomen der mittleren und tieferen Luftwege bekanntmachen.

Wer nur immer broncho-ösophagoskopische Gesichtseindrücke zu deuten hat, dem wird dieser Atlas eine höchst schätzenswerte Stütze zur Sicherung seiner Befunde bilden.

Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Aerzte. Von Dr. **Reinhold Ledermann,** Spezialarzt für Hautkrankheiten in Berlin. Vierte durchgesehene und erweiterte Auflage. Mit 88 Abbildungen im Text. Berlin W. 30 1912, Verlag von Oscar Coblentz. 428 S. 6 M.

Das vorliegende Werk, in den ersten beiden Auflagen als therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten in bescheidenem Umfange erschienen, präsentiert sich in der neuen Auflage als ein stattliches Band von mehr als 400 Seiten; gegen die vorige Auflage weist es einen Zuwachs von über 100 Seiten auf und stellt nunmehr ein vollständiges Lehrbuch der gesamten Dermatotherapie sowie der Therapie der Geschlechtskrankheiten dar. Die Vermehrung des Inhalts

war bedingt einerseits durch die Neubearbeitung der Syphilistherapie, welche wegen der Einführung des Salvarsans notwendig wurde, ferner deswegen, weil der Verfasser auch die modernen Methoden der Syphilisdiagnostik (Spirochätennachweis, Wassermannsche Reaktion) in die Darstellung aufgenommen hat, was durchaus Anerkennung verdient, da gegenwärtig diese Methoden, besonders die Serumdiagnostik, dem ärztlichen Praktiker als Kontrolle der Heilwirkung der Syphiliskuren zu integrierenden Bestandteilen der Therapie geworden sind. Nicht minder wurden alle übrigen Abschnitte des Buches einer genauen Durchsicht und Umarbeitung unterzogen; alles Neue von Wert, was die letzten Jahre auf dem Gebiete der eigentlichen Dermatotherapie gebracht haben, hat, wie die Durchsicht des Buches ergibt, Berücksichtigung gefunden. Besonders gilt dies von den physikalischen Behandlungsmethoden, die heute einen wichtigen Bestandteil der Dermatotherapie bilden. Auch auf dem Gebiete der medikamentösen Therapie der Hautkrankheiten sind zahlreiche neue Mittel aufgenommen und einige ältere, die sich als entbehrlich oder schädlich erwiesen haben, ausgemerzt worden. Eine dankenswerte Bereicherung hat das Werk schließlich erhalten durch die Aufnahme einer größeren Anzahl meist gut gelungener neuer Abbildungen, welche charakteristische dermatologische und syphilitische Veränderungen darstellen und teils der eigenen Sammlung des Verfassers, teils der Sammlung der Breslauer dermatologischen Universitätsklinik entstammen. So wird das Buch, dessen Preis im Hinblick auf seinen Umfang und die gute Ausstattung ein sehr mäßiger zu nennen ist, auch fernerhin den Kollegen als schätzenswertes Hilfsmittel in ihrer Praxis sich bewähren.

R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die **Zahl der Aerzte**, die gegen Ende des vorigen Jahres im Deutschen Reiche vorhanden waren, kann auf etwa 32 500 angesetzt werden; genau läßt sie sich nicht feststellen, da die Angaben der offiziellen Aerzteverzeichnisse nicht miteinander übereinstimmen; der Hirschwaldsche Medizinalkalender weist nämlich 31 852 Aerzte auf, während der Börnersche beinahe 1000 Namen mehr enthält. Da die Einwohnerzahl des Deutschen Reiches in der Mitte des vorigen Jahres ca. 65,4 Millionen betrug, so kommt ein Arzt auf fast genau 2000 Menschen, ein Verhältnis, das in den letzten Jahren stationär gewesen ist. Die Zahl der Approbationen im Prüfungsjahr 1909/1910 betrug 945. — In Groß-Berlin (Berlin mit 32 Vororten), das Ende 1910 ca. 3,5 Millionen Bewohner beherbergte, betrug Ende 1911 die Aerztezahl 3938; auf 10 000 Menschen kamen also etwa 11 Aerzte. Eine charakteristische, seit einer Reihe von Jahren immer wieder auffallende Erscheinung ist die geringe Aerztedichtigkeit in den bevölkerten, teilweise neu entstandenen Industriestädten der Rheinprovinz und Westfalens; der Grund liegt natürlich darin, daß die Einwohnerschaft zu einem sehr großen Teile aus kassenärztlich versorgten Industriearbeitern besteht und daher für die freie Praxis in jenen Gegenden kein sehr ergiebiges Feld mehr ist. Das Verhältnis der Zahl der Spezialärzte zu der Gesamtzahl der Aerzte hat sich in den letzten Jahren nur wenig geändert; man kann in den Großstädten etwa auf zwei Allgemeinpraxis treibende Aerzte einen Spezialarzt rechnen; an der Spitze marschiert in dieser Hinsicht Dresden (mit ca. 48 pCt. Spezialisten); den Reigen schließt Kiel (mit nur ca. 20 pCt.), während Groß-Berlin unter seinen Aerzten ca. 35 pCt. Spezialärzte zählt. Interessieren dürften auch die — in vorstehenden Berechnungen nicht einbegriffenen — Zahnärzte; deren Zahl hat seit 1908 um etwa 24 pCt. zugenommen und beträgt jetzt ca. 3200, von denen allein 579 auf Berlin entfallen.

Die **Zahl der Medizinstudierenden** an den Universitäten des Deutschen Reiches hat im laufenden Semester die unheimliche Höhe von 12 446 erreicht und sich damit gegen den Bestand vor 5 bis 6 Jahren mehr als verdoppelt! 582 davon sind weiblichen Geschlechts (527 im Vorjahre), eine Zahl, die beweist, daß der Zulauf der Frauen zum Arztberuf noch im Steigen begriffen ist. Es ist das kein Wunder, da in den speziellen Frauenzeitschriften noch immer der ärztliche Beruf als angeblich besonders für die Frauen geeignet angepriesen wird. Mehr Kopfschütteln dürfte es schon erregen, daß die Abmahnungen vom Studium der Medizin, mit denen der Leipziger Verband in den letzten Jahren systematisch in den höheren Klassen der deutschen Gymnasien vorging, so wenig gefruchtet haben; offenbar muß die Lage des Aerztestandes noch viel kritischer werden, als sie es schon ist, um dem großen Publikum über die relativ geringen materiellen Aussichten, die der ärztliche Beruf den meisten sich ihm Zuwendenden bieten kann, dauernd die Augen zu öffnen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Im Alter von 74 Jahren starb hierselbst Sanitätsrat Dr. Max Salomon, der auf verschiedenen Gebieten der Medizin literarisch hervorgetreten ist. 1837 in Schleswig als Sohn eines Arztes geboren, hatte er 1861 in Kiel die ärztliche Approbation erworben. Von 1864 bis 1870 war er preußischer Militärarzt, von 1870 bis 1874 Augenarzt in Hamburg; 1874 siedelte er nach Berlin über, wo er seitdem als Allgemeinarzt gewirkt hat. Wissenschaftlich ist er besonders als Medizinhistoriker hervorgetreten; sein Hauptwerk in dieser Hinsicht ist die „Geschichte der Glykosurie usw." (1871). Sozialhygienisch betätigte er sich als Mitbegründer der Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten, deren Bedeutung im Kampf gegen die Tuberkulose er auch 1899 in einer besonderen Schrift auseinandersetzte. Erst vor mehreren Jahren schrieb er ferner die preisgekrönte Schrift über die „Tuberkulose als Volkskrankheit". Endlich ist noch zu erwähnen das Salomonsche „Handbuch der speziellen internen Therapie", das drei Auflagen erlebte und ins Italienische übersetzt wurde.

— Gleich Geheimrat Uhthoff in Breslau haben nunmehr auch die Professoren Hess in Würzburg und Axenfeld in Freiburg i. B. die Berufung als Nachfolger des Ophthalmologen v. Michel abgelehnt.

Breslau. Prof. Dr. med. Walter Bruck hat sich für Zahnheilkunde in der medizinischen Fakultät habilitiert.

— Eine aufsehenerregende Meldung, deren Inhalt für die deutschen Universitäten ein Novum darstellt, brachte die „Voss. Ztg.". Darnach hat, nachdem die langjährige Mißstimmung der Breslauer Studenten gegen den Direktor des anatomischen Universitätsinstituts Geheimrat Hasse wegen seines Verkehrstones gegenüber seinen Hörern bereits vor Jahresfrist zur Einsetzung eines anderen Examinators beim Staatsexamen geführt hatte, jetzt die Generalversammlung der Klinikerschaft einstimmig beschlossen, den Vorlesungen Hasses solange fernzubleiben, bis die Studentenschaft vor dessen weiteren Willkürlichkeiten sichergestellt wäre. — Worin diese „Willkürlichkeiten" bestehen, wird in der Mitteilung nicht gesagt.

Danzig. Der Prosektor am städtischen Krankenhause in Kiel Dr. Hermann Stahr ist als Prosektor und Vorstand des Städt. Untersuchungsamtes an das hiesige neue Krankenhaus berufen worden.

Königsberg i. Pr. Dr. Wilhelm Meisner hat sich für Augenheilkunde habilitiert.

Altona. Privatdozent Prof. Dr. Gustav v. Bergmann, der einzige Sohn des 1907 verstorbenen Chirurgen Ernst v. B., ist als Nachfolger Umbers zum Direktor des hiesigen städtischen Krankenhauses gewählt worden. Gustav v. Bergmann ist seit acht Jahren als Oberarzt der zweiten medizinischen Universitätsklinik in Berlin unter Prof. v. Kraus tätig gewesen.

Göttingen. Dr. A. Kantorowicz hat sich für Zahnheilkunde habilitiert.

Düsseldorf. Zum geschäftsführenden Professor der **Akademie für praktische Medizin** wurde auf drei Jahre der Professor für innere Medizin Dr. August Hoffmann und zum Stellvertreter der Professor für Kinderheilkunde Dr. Arthur Schlossmann ernannt.

Frankfurt a. M. Geheimrat Ehrlich ist von der belgischen Akademie der Medizin zum Ehrenmitglied ernannt worden.

— Wie uns mitgeteilt wird, wird Prof. Dr. C. v. Noorden sein Amt als Universitätsprofessor und Direktor der I. medizinischen Klinik in Wien in kurzer Zeit niederlegen und nach Frankfurt a. M., dem Orte seiner früheren Tätigkeit, zurückkehren. Er wird als konsultierender bezw. leitender Arzt in die zurzeit im Umbau begriffene Lampésche Klinik für Zuckerkranke eintreten.

Detmold. Im Alter von 86 Jahren starb hierselbst Dr. Theodor Piderit, der von Hause aus Arzt — in Heidelberg 1849 approbiert, von 1850 bis 1864 in Valparaiso (Chile) als Arzt tätig — hauptsächlich durch sein 1858 erschienenes Werk „Grundzüge der Mimik und Physiognomik" bekannt geworden ist. Nach seiner Rückkehr aus Amerika hat er in seiner Vaterstadt Detmold ausschließlich als Privatgelehrter gelebt.

Würzburg. Prof. Dr. Eugen Fischer, erster Assistent am anatomischen Universitätsinstitut in Freiburg i. B., ist als erster Prosektor an das hiesige anatomische Institut berufen worden.

Groningen. Dr. A. A. Hijmans van den Bergh in Rotterdam ist an Stelle des nach Straßburg berufenen Prof. Wenckebach zum ordentlichen Professor der medizinischen Klinik ernannt worden.

Paris. Infolge der andauernden völlig unberechtigten **Kundgebungen der Studenten** gegen den Professor der Anatomie Nicolas hat der Unterrichtsminister die medizinische Fakultät für die Studierenden im ersten und zweiten Jahre bis zum Schlusse des ersten Semesters des Studienjahres geschlossen.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Die **Gesellschaft für experimentelle Psychologie** hält ihren nächsten Kongreß vom 16. bis 19. April 1912 in Berlin ab. Folgende Referate werden erstattet werden: G. Deuchler: Die Psychologie der sprachlichen Unterrichtsfächer. K. Marbe: Die Bedeutung der Psychologie für die übrigen Wissenschaften und die Praxis. W. Stern: Die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung. Mit dem Kongresse wird eine umfangreichere Ausstellung von Apparaten verbunden. Es wird gebeten, Anmeldungen betreffend Teilnahme oder Vorträge an den Vorsitzenden des Lokalkomitees Herrn Geh. Rat Prof. Dr. C. Stumpf (Berlin W., Augsburger Straße 45) zu richten, dagegen Anfragen oder Anmeldungen, welche die Ausstellung von Apparaten betreffen, an Herrn Dr. H. Rupp (Berlin NW., Dorotheenstraße 80) zu senden.

— Der 41. **Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie** findet hierselbst vom 10. bis 13. April d. J. statt. Da die Räumlichkeiten des Langenbeckhauses sich bei den letzten Kongressen als zu klein erwiesen haben, hat der Ausschuß der Gesellschaft für die diesjährige Zusammenkunft den Beethoven-Saal der Philharmonie (Koethenerstr. 32) für die Zeit von 9 bis 4 Uhr gemietet. Das Bureau des Kongresses (Vorsteher: Herr Melzer) befindet sich bis zum 9. April inkl. im Langenbeckhause (Berlin N. 24, Ziegelstraße 10/11). Vorsitzender des Kongresses ist in diesem Jahre Geheimrat Prof. Dr. C. Garrè (Bonn).

— Das unter dem Protektorat des Königs von England stehende **„Royal Institue of Public-Health“** (Kgl. Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege) in London wird nach Benehmen mit Herrn Oberbürgermeister Kirschner seine Jahresversammlung im Jahre 1912 in Berlin abhalten, um seinen Mitgliedern Gelegenheit zu geben, die hygienischen Einrichtungen der deutschen Reichshauptstadt kennen zu lernen. Auch die Berliner Tagung des Kongresses soll dessen nationalen Charakter bewahren, doch sind Berliner Aerzte und Hygieniker natürlich als Gäste willkommen. Die Zahl der englischen Teilnehmer einschließlich Damen wird auf etwa 20 geschätzt; die Tagung soll Ende Juli stattfinden; für Sonntag, den 28. Juli, ist ein Ausflug, wahrscheinlich nach Potsdam, in Aussicht genommen. Zur Förderung des Planes hat sich ein Berliner Ortskomitee gebildet, dessen Arbeitsausschuß aus den Herren Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Flügge, Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. Gaffky, Ministerialdirektor Prof. Dr. Kirchner und Dr. Niehues, Oberstabsarzt im Kriegsministerium, besteht. (Voss. Ztg.)

Paris. Die **Französische Vereinigung für Krebsforschung** hat ihren Austritt aus der Internationalen Vereinigung erklärt, weil ihrem Wunsche, das Bureau der Vereinigung alle drei Jahre in ein anderes Land zu verlegen, nicht entsprochen werden konnte.

Gerichtliches.

Essen. Der Malergehilfe A., der im November einen **Mordanschlag** auf den Kassenarzt Dr. Schneider verübte (vergl. „Allg. med. Central-Ztg.“ 1911, S. 655), wurde deshalb vom hiesigen Schwurgericht wegen Mordversuchs zu 12 Jahren Zuchthaus und 10 Jahren Ehrverlust verurteilt.

München. Die Inhaberin des Vertriebs eines **Schönheitsmittels**, die dasselbe zu unerhört hohem Preise verkauft hatte, ist wegen **Betruges** zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt worden. Das Mittel hatte bei einer Abnehmerin einen häßlichen Ausschlag erzeugt, die infolge der dadurch erlittenen psychischen Emotion in eine Irrenanstalt übergeführt werden mußte.

Szegedin. Das hiesige Appellationsgericht hatte sich vor kurzem mit einer Anklage wegen **fahrlässiger Tötung** zu befassen, der eine Massenvergiftung durch Methylalkohol enthaltenden Schnaps zugrunde lag. In mehreren Orten Ungarns waren 1909 die Vergiftungen vorgekommen, die nicht weniger als 59 Todesfälle zur Folge hatten. In erster Instanz waren der Fabrikant des Schnapses und sein Hausdiener zu Geldstrafen verurteilt worden; diesmal wurde der Fabrikant zu drei Monaten Gefängnis und 3000 Kronen Geldstrafe, sein Hausdiener zu 200 Kronen Buße verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Der hiesige Magistrat beabsichtigt, zum 1. April d. J. das **Rettungswesen**, das er bisher nur durch einen Jahreszuschuß subventionierte, zu kommunalisieren.

Yokohama (Japan). Das **Deutsche Marine-Hospital** in Yokohama wird nach einer Meldung der Tageszeitungen geschlossen und seine gesamte Einrichtung versteigert. Das Hospital wurde vor 40 Jahren gegründet und stand allen Nationen offen. Ueber die Gründe des bedauerlichen Ereignisses verlautet bisher nichts Näheres.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen von Medizinalbeamten.

1. Die Kreisarztstelle des Kreises Neustadt (Westpr.), Regierungsbezirk Danzig, mit dem Amtssitz in Neustadt (Gehalt nach dem Dienstalter 2100 bis 3900 M. und 400 M. Amtsunkostenentschädigung jährlich);

2. die Kreisarztstelle des Stadtkreises Wiesbaden (Gehalt nach dem Dienstalter 2100 bis 3900 M., Stellenzulage von 375 M. und 480 M. Amtsunkostenentschädigung jährlich).

(Veröffentlicht am 24. Januar 1912.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Charakter als Geheimer Medizinalrat: Den Kreisärzten Med.-Räten Dr. Gold in Meldorf, Dr. Gaehde in Blumenthal, Dr. Krau in Schweidnitz, Dr. Reinkober in Trebnitz, Dr. Wex in Düren, Dr. Leppmann in Berlin, Dr. Behrend in Kolberg, Gerichtsarzt Med.-Rat Dr. Pfleger in Deutsch-Wilmersdorf.

Charakter als Medizinalrat: Den Kreisärzten Dr. Berger in Crefeld, Dr. Peren in Montjoie, Dr. R. Schulz in Charlottenburg, Dr. Zimmer in Berlin, Dr. v. Trzaska in Iserlohn, Dr. Schawaller in Pillkallen, Dr. Schultz in Stallupönen, Oberamtsarzt Dr. Burkarth in Gammertingen.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: Prof. Dr. Bessel-Hagen in Charlottenburg.

Charakter als Sanitätsrat: Dr. Spielhagen in Cronberg.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Dörschlag von Strelno nach Bromberg.

Beauftragt: Stabsarzt Dr. Rosenbaum in Rawitsch mit der kommissarischen Verwaltung der Kreisarztstelle in Strelno.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Menke in Tondern zum Kreisarzt in Lehe.

Verzogen: Dr. Schaudein und Dr. B. Hoffmann von Eltville nach Mainz bezw. Wiesbaden, Dr. J. Schmidt von Wirges nach Frankfurt a. M., Frau Froeschmann geb. Meyer von Stein und Dr. Abée von München nach Nassau.

(Ende des redaktionellen Teils.)

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang **Berlin, 10. Februar 1912** **No. 6**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion bezw. des Verlages nicht gestattet.


auch ohne Zucker
Das älteste in Deutschland eingeführte
auch mit Eisen
DUNG'S
CHINA-CALISAYA-ELIXIR
In 1/4 & 1/2 Liter-Flaschen
Man hüte sich vor Nachahmungen.
in den Apotheken zu haben.


Dung's aromatisches
RHABARBER-ELIXIR
(Elixir Rhei aromatic. Dung)
ein angenehm schmeckendes mildes
Abführ- und Magenmittel
5 Teile Elixir enthalten 1 Teil Rhabarberwurzel.

Verlagsbuchhandlung von OSCAR COBLENTZ
in Berlin W. 30, Maaßenstraße 13

Wichtige neue Bücher für die ärztliche Praxis!

Vorlesungen über Frauenkrankheiten

— Aus der Praxis für die Praxis —

Von

Dr. Karl Abel

Spezialarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe in Berlin

Mit 93 teils farbigen Abbildungen

Preis geheftet M 14.—, in Halbfranz gebunden M 16.—

Auszüge aus einigen Kritiken:

Deutsche Medizinische Presse 1911, No. 22:

Es gibt Bücher, die beim ersten Anblick auf den Leser eine gewisse Anziehungskraft äußern. Das Abelsche gehört zu ihnen.... Es gilt von dem Buch mutatis mutandis das bekannte Wort: Veni, vidi, vici („vidi" natürlich in passiver Bedeutung). Man braucht das Buch nur kurz zu betrachten, um von ihm sofort gefesselt zu werden. Es erinnert mit seiner Form an die bekannten Billrothschen Vorlesungen, es ist klar geschrieben, es ist glänzend ausgestattet, es vermeidet Anmerkungen und gelehrte Polemik; der Stoff ist vorzüglich geordnet; mit einem Wort es handelt sich um ein Buch vom Praktiker für den Praktiker, das sehr bald nicht nur beim Anfänger, sondern auch beim erfahrenen Gynäkologen Anklang finden wird. Vom didaktischen Gesichtspunkte aus betrachtet, müssen Abels Vorlesungen als ein förmlicher Schlager bezeichnet werden. Es gibt kein neues, was sich so eignet, tuto cito und jucunde in die Gynäkologie einzuführen wie A.'s Buch, das gleichzeitig die Grenzen zwischen Kompendium einer- und einem gelehrten dickleibigen Handbuch andererseits innehält und damit das juste milieu im besten Wortsinne wahrt. Wenn ein Waldeyer zum 75. Geburtstage die Widmung angenommen hat, so dürfte auch diese Tatsache für das Buch sprechen. Nebenbei bemerkt ist ein Teil der das Becken betreffenden Abbildungen aus dem bezüglichen klassischen Werke von Waldeyer mit Erlaubnis des Autors entlehnt. Wie praktisch A.'s Buch angelegt ist und von welchen Bestrebungen es ausgegangen ist, zeigt auch der Anhang mit Rezept-Vorschriften und einem Verzeichnis der bei wirklich kranken Frauen beliebten Badeorte. Das alles ist so zierlich zusammengestellt, der Text selbst so leserlich, die Drucktypen nach den Gesetzen der Augenhygiene so herrlich ausgestattet, daß das Buch unbedingt in den Kreisen der Praktiker sich schnell einbürgern wird. Man darf dem Verf. für sein schönes Werk dankbar sein und ihn sowie seinen Verleger beglückwünschen.

Prof. Pagel.

Aerztliche Mitteilungen 1912, No. 2:

Was Abel in diesen 20 Vorlesungen den in die Praxis gehenden Arzt lehrt, ist mehr als der Niederschlag in umfangreicher, eigner Arbeit gesammelter Erfahrungen, es ist moderne Frauenheilkunde in verständiger Abmessung dessen, was der praktische Arzt von heute in pathologisch-anatomischer und klinischer Beziehung von Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane zu eigen haben muß....

Das Buch ist aus Vorträgen entstanden, die A. für das Zentralkomitee für ärztliche Fortbildung in Berlin gehalten hat. Daran erinnert nicht nur die Gliederung in Vorlesungen, die sich so geschickt zum ganzen runden, sondern auch die flotte, immer verständliche und durch Einflechtung lehrreicher eigener Erfahrungen oft besonders anziehende Darstellung. Schon dadurch eignet sich A.'s Buch vortrefflich, seinem Leserkreis gediegene und verwertbare Kenntnisse zu übermitteln und damit einem unnötigen Spezialistentum entgegenzuarbeiten in Dingen, die mehr als andere zum eigentlichen Bereich des praktischen Arztes gehören. *Gbl.*

Druck von Carl Marschner, Berlin SW. 68.

Salit

Schnell schmerzstillendes und heilendes Einreibemittel.

Salit wird unverdünnt von der Haut vertragen.

Indikationen:
Muskelrheumatismus, Neuralgien,
leichter akuter Gelenkrheumatismus,
Tendovaginitis, rheumatische Pleuritis.
(2—3 mal täglich ½—1 Kaffeelöffel voll Salit in die gut gereinigte und getrocknete Haut der schmerzenden Stelle einzureiben).

Acetylsalicyltabletten „Heyden"

verordne man stets nur in **Originalpackung „Heyden"**
(Röhrchen mit 20 Stück zu 0,5 g).
Zerfallen in Wasser sehr leicht, sind billig und von tadelloser Qualität.

Proben und Literatur kostenfrei.

Chemische Fabrik von Heyden
Radebeul-Dresden.

Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co.,
ELBERFELD — LEVERKUSEN a. Rh.

RISTIN

(Monobenzoësäureester d. Aethylenglycols)

Neues Krätzemittel
in gebrauchsfertiger Form
prompt, wirksam, ungiftig

Kein unangenehmer Geruch
Verdirbt die Wäsche nicht
Greift die Haut nicht an

Ordination: Ristin „Originalpackung" (gebrauchsfert. Lösung)
Anwendung: Der Inhalt der Flasche wird in 3-4 Portionen an 3—4 aufeinanderfolgenden Tagen eingerieben.

Echtes Malz-Extrakt

der Niederrheinischen Malz-Extrakt-Brauerei C. Schroeder, Lackhausen b. Wesel.

Bestes und bewährtestes Nähr- und Stärkungsmittel für Bleichsüchtige, Blutarme, Rekonvaleszente. Alkoholarmes nicht berauschendes Getränk.
Extrakt der Stammwürze 21,01, Maltose 8,84, Zucker 0,5—0,8.
Den Herren Aerzten stehen Proben mit der Analyse gern kostenfrei zu Diensten.

Chemische Fabrik auf Actien (vorm. E. Schering)
BERLIN N., Müllerstrasse 170-171.

HEGONON

(Silbernitrat-Ammoniak-Albumose.)

Neues Silbereiweißpräparat von prominenter Wirkung.

Hervorragend bewährt bei Gonorrhoe.

„Unter den einzelnen Mitteln steht **HEGONON an erster Stelle**".
(Münch. med. Wochenschrift 1910, Nr. 32.)

ARTHIGON

Gonokokken-Vaccin zur specifischen Behandlung gonorrhoischer Komplikationen.

Flaschen à 6 ccm: Preis M 6,—.



Antiphlogistine

ein hydrophiler, schmerzstillender Umschlag.

Indiciert in allen **entzündlichen** und **congestiven** Zuständen

Kade-Denver Co. m. b. H.
Berlin-Wilmersdorf.

Illustrierte Literatur gratis.





Reinseidene Gesundheitswäsche

prämiiert auf der Intern. Hygiene-Ausstellung

die Idealität aller Unterkleidung, bei **jeder** Temperatur überraschend angenehm, leicht, haltbar, porös, gekocht nicht einlaufend; **rheum. Leidenden ärztlich empfohlen.** Eigene Weberei Maß-Konfektion. Probehemd M. 8—9. Muster etc. frei.
M. MÜLLER, Dresden, Elisenstr. 61. (Filiale in Oesterreich Vertreten in Berlin SO., Neander Str 36, Herr Fried. Vorlauf.)

GYNÄKOLOGIE

entzündungsmildernd,
sekretionshemmend,
granulationsfördernd,
leicht resorbierbar.

Im Gebrauch geruchlos
VAGINAL-OVULES "ROCHE"
m. 30% Thigenol

THIGENOL "ROCHE"

Synthetisches Schwefelpräparat.
Billig, nicht ätzend, ungiftig.
Löslich in Wasser, Glyzerin, verd. Weingeist.

ANALGETICUM
ANTISEPTICUM
DESODORANS

VAGINAL-OVULES "ROCHE" m. 30% Thigenol MK. 3.20

*Thigenolflecken sind **leicht** zu entfernen.*

Literatur, Rezeptformeln und Proben kostenfrei durch: **F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co., GRENZACH (BADEN)**

81. Jahrgang | Berlin, 10. Februar 1912 | No. 6

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Ichthynat.

Von

Dr. **Aufrecht** (Berlin).

In No. 52 der „Allgemeinen med. Central-Zeitung" vom 30. Dezember 1911 berichtet Dr. Max Cordes über seine therapeutischen Erfahrungen mit Ichthynat (Heyden), wobei der Verfasser die auch von anderen Dermatologen gerühmten Erfolge mit Ichthyol, insbesondere seine entzündungswidrigen, resorbierenden und antiparasitären Eigenschaften hervorhebt. Mit Recht führt Dr. Cordes die Wirkung des Ichthyols auf die Wirkung des aus dem Rohmaterial stammenden, und zwar des organisch (sulfidisch) gebundenen Schwefels zurück.

Wenn Dr. Cordes[1]) weiterhin auf Grund seiner Erfahrung zu der Erkenntnis gelangt, daß das Ichthynat in klinischer Hinsicht einen vollwertigen Ersatz für Ichthyol bildet, so steht mir darüber ein Urteil nicht zu. Es sei mir jedoch gestattet, auf die Arbeiten von Koerting[2]) und Kamprath[3]) hinzuweisen, welche Herrn Dr. Cordes anscheinend unbekannt sind.

In der Arbeit von Kamprath heißt es beispielsweise wörtlich:

„Vergleichende Versuche mit beiden Präparaten auf den verschiedenen Gebieten der Dermatologie, Gynäkologie und Chirurgie sowie bei der Behandlung von Geschlechtskrankheiten haben jedoch bisher in der Mehrzahl der Fälle ergeben, daß das Ichthynat dem Ichthyol gegenüber therapeutisch minderwertig ist, sowohl was seine entzündungswidrigen, resorbierenden und antiseptischen als auch was seine juckreiz- und schmerzstillenden Eigenschaften anlangt."

[1]) Allgemeine Medizin. Central-Zeitung, 1911, No. 52.
[3]) Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1908, No. 17.
[2]) Wiener Medizin. Presse, 1907, No. 47.

Körtings Beobachtungen beschränken sich nur auf das gynäkologische Gebiet. Dieser Kliniker hat zahlreiche Ichthyolsurrogate, darunter auch das Ichthynat, in seiner Praxis verwendet, jedoch mit diesen Präparaten keine so günstigen Erfolge erzielt wie mit Ichthyol.

Hieraus ergibt sich, daß andere Forscher über die Wirkung des Ichthynats anderer Ansicht sind.

Wie dem auch sein mag, so möchte ich die auf eine Arbeit v. Hayeks[4]) gestützte Behauptung des Dr. Cordes nicht unwidersprochen lassen, daß Ichthynat „Heyden" in seinem physikalischen wie in seinem chemischen Verhalten mit dem Ichthyol weitgehende Uebereinstimmung zeigt oder, wie v. Hayek in seiner Arbeit hervorhebt, vollkommen identisch ist.

Diese Angaben stehen mit den Ergebnissen meiner Untersuchungen nicht im Einklang. Ich habe wiederholt Gelegenheit gehabt, sowohl das Ichthyol als auch das Ichthynat „Heyden" zu untersuchen und dabei namentlich in bezug auf den organisch (sulfidisch) gebundenen Schwefel, der als der therapeutisch und physiologisch wirksame Bestandteil allgemein anerkannt ist, nicht unerhebliche Differenzen festgestellt.

Die nachfolgenden Analysen mögen ein Bild über die Zusammensetzung der beiden Präparate geben.

Bezeichnung der Proben	Ichthynat Heyden	Ichthyol
Reaktion	schwach sauer	schwach sauer
Konsistenz	zähflüssig	sirupartig
Spezifisches Gewicht bei 17° C.	1144,5	1,1331
Trockenrückstand	51,33 %	53,70 %
Aetherextrakt	6,52 %	14,82 %
In Alkohol unlösliche Stoffe	5,82 %	19,78 %
Asche	0,124 %	0,087 %
Gesamtschwefel	7,32 %	10,67 %
Gesamtammoniak	3 25 %	2,95 %
Schwefelsäure (SO_3)	4,18 %	3,65 %
Schwefelsaures Ammoniak	6,53 %	6,03 %

[4]) Wiener klinische Rundschau, 1907, No. 7 u. 8.

Auf organische Trockensubstanz (Trockensubstanz minus schwefelsaures Ammoniak) berechnet, ergeben sich folgende Zahlen:

Schwefel	12,69 %	19,59 %
davon sulfonisch	6,59 %	5,60 %
sulfidisch	5,70 %	13,99 %
Ammoniak	3,50 %	2,98 %
Aetherextrakt	14,55 %	31,08 %
In Alkohol unlösliche Bestandteile	12,99 %	44,15 %

Diese Zahlen sprechen eine so deutliche Sprache, daß eigentlich jeder weitere Kommentar überflüssig ist. Das Ichthyol weist nicht nur einen wesentlich höheren Gehalt an organisch (sulfidisch) gebundenem Schwefel auf als das Ersatzpräparat, es zeigt auch in bezug auf die anderen Bestandteile, namentlich in bezug auf den Aether- und Alkoholextrakt, quantitative Verschiedenheiten.

Soweit also die quantitativen Verhältnisse in Betracht kommen, kann keine Rede davon sein, daß das Ichthynat „Heyden" mit dem Ichthyol der Hamburger Gesellschaft weitgehende oder gar vollkommene Uebereinstimmung zeigt; aber auch in ihren physikalischen Eigenschaften (Geruch, Konsistenz und spezif. Gewicht) lassen sich Verschiedenheiten feststellen. Aehnlich verhält es sich mit den bei der trockenen Destillation gewonnenen Rohölen. Während das Seefelder Rohöl bezw. das daraus gewonnene Destillat 13,47 pCt. organisch gebundenen Schwefel enthält, wurden im Destillate des Achenseer Rohöles nur 5,86 pCt., also kaum die Hälfte dieses Bestandteiles ermittelt.

Zum Schluß noch ein Wort über die von Dr. Cordes aufgestellte Behauptung, daß „nach den Gutachten von Prof. Blass (Innsbruck) und Prof. Schöffel (Loeben) zwischen dem Seefelder und dem Achenseer Lager nur ein Quantitäts-, kein Qualitätsunterschied bestände, insofern, als das Seefelder Lager ergiebig sei".

Dieses Gutachten bezog sich nur auf die Verleihungswürdigkeit der Vorkommen dem Bergamt gegenüber, da an und für sich derartige schwache Vorkommen, wenn es sich tatsächlich um Kohle handelt, wegen ihrer geringen Abbaumöglichkeiten nicht für verleihungswürdig angesehen werden, nicht aber um eine Prüfung des Oeles, welches zur Herstellung von Ichthyol bezw. Ichthynat benutzt wird.

Herr Prof. Dr. Schoeffel, auf den sich Dr. Cordes bezieht, schreibt selbst in seinem Gutachten:

„Obgleich die eingesandten Proben nur eine entfernte Aehnlichkeit mit den Seefelder Kohlen besitzen und zweifellos Steinkohle resp. Steinkohlenschiefer sind, so könnte mit Rücksicht auf die von der Bergbauunternehmung beabsichtigte Verwertung wie in Seefeld das Verleihungsrecht doch bewilligt werden, um so mehr, als auch die Seefelder Kohle als Asphaltstein verliehen ist."

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließl. Kinderheilkunde, Infektionskrankh. u. Pharmakologie).

Dr. **G. E. Wladimiroff: Ueber die Himbeerzunge der Kinder.** (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 57, H. 1—3.)

Die sogen. Himbeerzunge bei Scharlach ist allgemein anerkannt, ja, sie wird häufig als differential-diagnostisches Symptom benutzt. Sie findet sich indes auch bei schweren Masern, nur fehlen hier oft die Erhabenheiten. Dabei beobachtet man jedesmal einen intensiven Ausschlag auf der ganzen Schleimhaut des Mundes, wobei stellenweise der Ausschlag einen konfluierenden Charakter annimmt. Auch bei Magenkrankheiten sieht man das typische Bild der Himbeerzunge. Schließlich weist Verf. auf die Pseudohimbeerzunge hin, die nach dem Essen von gefärbten Bonbons und Kirschen auftritt.

Dr. **Feibelmann** (Nürnberg): **Ein doppeltes Masernrezidiv.** (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 57, H. 1—3.)

Der sehr spärlichen Kasuistik der doppelten Masernrezidive fügt der Verf. eine eigene Beobachtung hinzu. Ein 6 jähriger Knabe erkrankt an Masern; ein neues Exanthem tritt nach 10 Tagen auf und dann nochmals nach 19 Tagen. Bei den drei Exanthemen jedesmal Koplik sche Flecken auf der Mundschleimhaut. Bemerkenswert ist vielleicht, daß dem ersten Exanthem ein Prodromalausschlag voranging, der großfleckig war, die einzelnen Flecke bis erbsengroß, papulös, zum Teil konfluierend, von dunkelroter bis cyanotischer Verfärbung. Ferner fand sich auf fast allen Flecken ein bis stecknadelkopfgroßes wasserhelles Bläschen. Dieser Ausschlag war außer an der äußeren Bedeckung auch auf der Schleimhaut der Wangen und des weichen Gaumens sichtbar. Das Exanthem juckte.

R.

Dr. **E. Toenniessen** (Erlangen): **Ein klinischer und experimenteller Beitrag zur Kenntnis der durch den Friedländerschen Bacillus verursachten Pneumonie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Verf. berichtet aus der Erlangener medizinischen Universitätsklinik über einen Fall von Pneumonie, bei dem sich als Erreger der Friedländersche Bacillus erwies. Es handelte sich um einen 55 jährigen schwächlichen Mann, der am 28. Tage seiner Erkrankung starb. Der Verlauf der Pneumonie war in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert. Zunächst entwickelte sich in den vorderen, unteren Teilen des rechten Oberlappens eine pneumonische Infiltration, die allmählich nach hinten fortschritt, zwei Wochen lang fast unvermindert bestehen blieb und schließlich unter vollkommener Abkapselung in Erweichung überging. Es fand sich bei der Autopsie ein großer, abgekapselter Erweichungsherd im rechten Oberlappen mit faustgroßem, nach dem Hilus zu befestigtem Lungensequester. Die Höhle war ausgefüllt mit eitrig-blutiger Flüssigkeit von eigentümlichem, ranzigem Geruch. In dieser Flüssigkeit fanden sich massenhaft Friedländerbacillen. Außerdem fand sich auch eine totale Obliteration der rechten Pleurahöhle durch fibrinöse Pleuritis. Der Verlauf der Krankheit war folgender: Erst am 5. Krankheitstage begann mit plötzlichem Anstieg das Fieber und hielt sich einige Tage kontinuierlich bei auffallend gutem Allgemeinbefinden des Pat. Dann fiel die relativ niedrige Continua lytisch ab, obwohl die Infiltration sich weiter nach rückwärts ausbreitete. Hierauf dauernd subfebrile Temperaturen trotz Bestehenbleibens der Infiltration, dann scheinbare Rekonvaleszenz, nach wenigen Tagen plötzlicher Herztod. Dieser Verlauf entspricht im allgemeinen den sonstigen Erfahrungen über die durch den Friedländerschen Bacillus hervorgerufene Pneumonie. Bemerkenswert ist vor allem, daß die Prognose der „Friedländer-Pneumonie" sehr ernst ist; von 48 Fällen der Literatur endeten 41 tödlich. Dagegen ist die Mortalität der Diplokokken-Pneumonie bekanntlich viel geringer, z. B. endeten in der Erlanger Klinik von 148 derartigen Fällen nur 21 letal.

R. L.

Dr. **Emil Schepelmann**, Assistenzarzt an Prof. Dr. Wullsteins chirurg. und orthopäd. Privatklinik in Halle (ehemals Schiffsarzt des Norddeutschen Lloyd): **Die Seekrankheit.** (Klinisch-therapeut. Wochenschrift, 1911, No. 45 bis 51.)

Die Seekrankheit, sagt Verf., gehört zu der Gruppe der Kinetosen, d. h. eigenartiger Erkrankungszustände als Folge ungewohnter, hauptsächlich ungleichförmiger, beschleunigter oder verzögerter Bewegungen unseres Körpers, wie sie beim Schaukeln, Karussellfahren, Fahren in der Eisenbahn, Kamelreiten etc. beobachtet werden. Aetiologisch kommen einzig und allein die Schiffsschwankungen in Betracht, und zwar die longitudinalen mehr als die seitlichen, so daß das Stampfen in weit schlechterem Rufe steht als das Rollen; beide Bewegungen sowohl als das noch kompliziertere Schlingern gelangen nahe dem Zentrum großer Schiffe kaum zur Wahrnehmung, dagegen lassen selbst die modernen Ozeanriesen die Vertikalschwankungen des gesamten Schiffsrumpfes, also auch des Zentrums, nicht vermissen, wenngleich die Höhe der letzteren umgekehrt proportional zur Länge des Fahrzeuges ist und somit theoretisch beseitigt werden könnte. Die Gefahr, seekrank zu werden, nimmt mit der Größe des Schiffes ab, vorausgesetzt, daß man sich nahe dem Zentrum aufhält; die Schwingungen der Endpunkte hingegen wachsen sogar — bis zu einer gewissen Grenze — mit der Länge des Schiffes.

Die Symptome der Seekrankheit bestehen in Schwindel, Kopfschmerzen, Blässe, Erbrechen, Mattigkeit, psychischer Verstimmung, Energielosigkeit etc. und werden bei Hysterischen oder Nervösen oft besonders stark beobachtet; völlig immun sind, abgesehen von Säuglingen und kleinen Kindern, denen eine Raumvorstellung überhaupt noch abgeht, von vornherein ganz wenige Personen, doch erwirbt man sich nach Ueberstehen eines Anfalles von Seekrankheit, manchmal allerdings erst durch größere Reisen, eine mehr oder weniger vollkommene Resistenzfähigkeit, die nach längerem Aufenthalt an Land oft wieder verloren geht. Dauer und Verlauf des einzelnen Anfalles sind verschieden; manchmal heilt er nach wenigen Tagen mit Hinterlassung einer relativen Immunität, manchmal geht er aber auch in die äußerst langwierige protrahierte Form über. Wenn man absieht von eingen schweren Komplikationen, so muß man die Seekrankheit als absolut günstig quoad vitam et restitutionem bezeichnen; der Moment der Landung ist gleichbedeutend mit Genesung.

Zahlreiche Autoren haben versucht, eine Vorstellung von dem Wesen der Seekrankheit zu geben, verirren sich aber

meist in der Erklärung irgendeines Symptoms, z. B. des Erbrechens, der Blässe etc., so daß sie den Sitz des Leidens im Abdomen, dem Zirkulationsapparat und dergleichen suchen. Auch diejenigen Theorien, welche die Seekrankheit im Gehirn entstehen lassen, fassen sie entweder rein mechanisch auf (Hirnerschütterung) oder bestreben sich, sie an irgendeiner ganz zirkumskripten Stelle zu lokalisieren, etwa wie man das Atemzentrum lokalisiert.

Demgegenüber weist Verf. nach, daß die Schiffsschwankungen auf dem Wege der optischen und kinästhetischen Bahnen sowie des statischen Zentrums Reize auf das Kleinhirn, das niedere Organ des Gleichgewichts ausüben, welche von ihm, zu einer Art Vorprodukt von Vorstellungen verarbeitet, dem Großhirn weitergegeben werden. Sie erscheinen hier fremdartig und ungewohnt und lösen unter Schwindel, Erbrechen, vasomotorischen und psychischen Störungen den Symptomenkomplex der Seekrankheit aus; ein besonderer „statischer" Sinn existiert indes nicht, vielmehr ist das Gleichgewicht eine durch Uebung zu erreichende funktionelle Leistung des Großhirns. Je nach dessen größerer oder geringerer Fähigkeit, sich an die abnormen Reize der Schiffsschwankungen anzupassen und seine dem Kleinhirn erteilten Willensimpulse entsprechend zu modifizieren, tritt in kürzerer oder längerer Zeit Immunität gegen die Seekrankheit ein.

Diese zerebrale Theorie nun gibt schon ohne weiteres die Richtung an, in welcher therapeutisch vorgegangen werden muß. Alle Heilversuche, welche am Magen, Zirkulationsapparat etc. angreifen, bekämpfen nur eins der Symptome und sind daher von vornherein verfehlt; eine Allgemeinwirkung kann ihnen nicht zugeschrieben werden. Dagegen muß es das Bestreben sein, die Reizbarkeit der Großhirnrinde herabzusetzen, wie es auch schon von verschiedener Seite rein empirisch vorgeschlagen ist; die gebräuchlichen Sedativa sind aber entweder viel zu schwach oder kommen, wie das Brom, erst nach längerer Darreichung — Bromisierung — zur Geltung. Die günstigste Wirkung älterer Narkotica scheitert an deren relativer Giftigkeit und dem äußerst unangenehmen Geschmack; dagegen hat Verf. in dem Veronal ein durchaus ungiftiges, dabei rasch und sicher wirkendes Sedativum gefunden, das in der Mehrzahl der Fälle imstande ist, die Seekrankheit zu unterdrücken oder doch wenigstens ganz bedeutend zu mildern.

Das Ideal der Bekämpfung der Seekrankheit, die Aufhebung der Schiffsbewegungen, liegt vorläufig noch in unerreichbarer Ferne. Kr.

Privatdozent Dr. med. et phil. **Oscar Gros** (Leipzig): **Ueber den Vorgang der baktericiden Wirkung der Silberpräparate in kochsalzhaltigen Medien.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. berichtet über Untersuchungen, die er angestellt hat, um die Vorgänge bei der Desinfektionswirkung der Silberpräparate in kochsalzhaltigen Medien vom Standpunkte der physikalischen Chemie aufzuklären. Es zeigte sich, daß die Silbermenge, welche anfangs beim Vermischen einer Silbersalzlösung mit Nährbouillon wirklich in Lösung vorhanden ist, nur einen außerordentlich kleinen Bruchteil von derjenigen Silbermenge darstellt, welche nötig ist, um eine gewisse Menge Bakterien abzutöten. Während des Desinfektionsvorganges durch Silberpräparate in kochsalzhaltigen Medien muß stets eine erneute Auflösung von Chlorsilber stattfinden. Der Desinfektionsvorgang zerfällt also in zwei Teilvorgänge: 1. die Reaktion der Silberionen mit einem Bestandteil der Bakterien, 2. die Auflösung des Chlorsilbers. Der erste Vorgang spielt sich bei allen Silberpräparaten in gleicher Weise ab; es gibt keine Mittel, ihn durch die Wahl des Präparats zu beeinflussen. Der zweite Teilvorgang verläuft bei den verschiedenen Präparaten verschieden schnell; mit ihm ändert sich die Desinfektionswirkung. Unter allen von Verf. geprüften Silberpräparaten erwies sich das Protargol als am schnellsten wirksam. R. L.

Chirurgie.

Prof. Dr. **Walther Hannes** (Breslau): **Zur Pathologie und Therapie des Nabelschnurbruches.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Eine der wenigen Mißbildungen, mit welcher Kinder lebensfähig geboren werden, an welcher sie aber ohne Therapie später ausnahmslos zugrunde gehen würden, ist der Nabelschnurbruch (Hernia funiculi umbilicalis). Solche Kinder haben eine mehr oder weniger große Anschwellung in der Nabelgegend, in welche der Anfangsteil der Nabelschnur aufgegangen zu sein pflegt. Es fehlt im Bereich der Anschwellung die deckende Haut; Amnion, Whartonsche Sulze und Peritoneum bilden an dieser Stelle den Abschluß nach außen. Der Inhalt der Anschwellung wird gebildet von Eingeweiden, namentlich Dünndarm, und nicht selten von Leber, zuweilen auch Dickdarm, Milz. In der Breslauer Universitätsfrauenklinik kamen seit 1900 sechs derartige Fälle zur Beobachtung. Die Gefahr des Nabelschnurbruches ist darin begründet, daß die das Peritoneum im Bereich des Bruches deckenden Hüllen — Amnion und Sulzeschicht — in den ersten Tagen des extrauterinen Daseins zugrunde gehen; eine konsekutive Peritonitis ist die gewöhnliche Schlußerkrankung, welcher der Säugling meistens in der ersten Lebenswoche zum Opfer fällt. Ohne operativen Eingriff ist ein mit Nabelschnurbruch behaftetes Kind fast ausnahmslos verloren. Dagegen bietet eine rechtzeitige Operation eine relativ günstige Prognose. So verlief auch der letzte von Verf. operierte Fall gut. Es handelte sich um ein Kind weiblichen Geschlechts, welches 12 Stunden post partum operiert wurde. Der Inhalt des Nabelschnurbruches bestand aus einem Konvolut von Dünndarmschlingen; die Bruchpforte war der völlig gebildete Nabelring, der die Kuppe des Zeigefingers gerade durchließ. Zur Reposition der Darmschlingen mußte die Pforte oben und unten durch Inzision um 1—2 cm erweitert werden; darnach zweischichtige Naht der etwa 4 cm langen Wunde. Zur Narkose genügten 2 ccm Chloroform. Die Heilung erfolgte per primam intentionem. Von den übrigen Kindern mit Nabelschnurbruch in der Breslauer Frauenklinik wurden noch vier operiert, meist am ersten Lebenstage; drei davon genasen, eines ging wenige Stunden nach der Operation an Asphyxie zugrunde. Das eine nicht operierte Kind, bei welchem es sich um ein in einem sehr kleinen Bruch liegendes Meckelsches Divertikel handelte, ging am achten Lebenstage an einer Dünndarmfistel zugrunde.

Dr. **Liek** (Danzig): **Zur Chirurgie der Pankreaserkrankungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Pankreaserkrankungen, die er operativ behandelte. In beiden Fällen handelte es sich um nicht fettleibige Frauen in der zweiten Hälfte der zwanziger Jahre. Der erste Fall bot das Bild der akuten hämorrhagischen Pankreatitis. Es bestand bei Beginn der Erkrankung trotz schwerster Erscheinungen subnormale Temperatur (35,7 °) und Pulsverlangsamung (56—60) bei kräftigem Puls, was Verf. auf Vagusreizung zurückführt. Der Fall gelangte nach mehreren Laparotomien schließlich zur Heilung. Nach Verf. dürfte der Symptomkomplex Anämie, Ileus, Pulsverlangsamung in Zukunft bei ähnlichen Fällen auf die Diagnose „akute hämorrhagische Pankreatitis" hinlenken. Im zweiten Falle handelte es sich um eine Pankreascyste nach akuter Pankreatitis, die durch ihren ungewöhnlichen Sitz einen Hydrops der Gallenblase vortäuschte. Nach der Operation (Einnähung und Inzision) zunächst Pankreasfistel. Beim vorübergehenden Versiegen der Fistel (unter Wohlgemuthscher Diät) sofort Koliken und Ikterus, Verschwinden dieser Symptome beim Wiedereinsetzen der Sekretion. Definitiver Schluß der Fistel 6 Wochen nach der Operation. Ein Jahr später erkrankte die Patientin an schwerem Diabetes und Lungentuberkulose; sie starb 2¼ Jahre nach der Operation. Die Sektion ergab Fehlen des Körpers und Schwanzes des Pankreas, fibröse Degeneration des Pankreaskopfes. R. L.

Dr. **Egon Ranzi**, Assistent d. 1. chir. Universitätsklinik in Wien: **Ueber Herzverletzungen.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. berichtet über die in der Klinik von Eiselsberg in den letzten 10 Jahren operierten Fälle von Herzverletzungen. Es wurden sechs Fälle von Herzverletzungen, darunter drei Stiche und drei Schüsse, operiert; fünfmal war das Herz in seinem linken Anteil, einmal der zweite Ventrikel verletzt. In vier Fällen lagen die Herzkammer penetrierende Verletzungen vor, zweimal durchsetzte der Wundkanal bloß den Herzmuskel. Von den sechs Patienten starben fünf und nur einer wurde geheilt, ein sehr hoher Prozentsatz der Mortalität im Vergleich zur Sterblichkeitsziffer der Fälle aus der Literatur. Es erklärt sich diese große Zahl an Todesfällen aus einer Reihe ungünstiger Momente, welche in den Fällen obwalteten. Zwei Patienten kamen in moribundem Zustand zur Operation. Bei dem einen Fall wurde die Operation, da eine Herztamponade nicht vorlag und der Patient nach Aufklappen des Thorax kein Lebenszeichen gab, abgebrochen. Auch der zweite Fall war in einem desolaten Zustand. Nur mit Rücksicht auf die vorhandene Herztamponade wurde, obwohl kein Puls mehr zu fühlen und keine Herztöne mehr zu hören waren, die Operation vorgenommen. In der Literatur liegen einzelne Beobachtungen vor, bei denen nach Entfernung des Blutes aus dem Herzbeutel das komprimierte und stillstehende Herz wieder zu arbeiten begann. In vorliegendem Falle war ein gleicher Erfolg nicht zu verzeichnen. Ein weiterer Fall erlag der neben der nicht penetrierenden Herzverletzung vorhandenen Lungenwunde, welche tags darauf trotz der Naht wieder neuerlich zu bluten begann.

Was die Diagnose der Herzverletzungen betrifft, so kann sie unter Umständen sehr leicht sein, in anderen Fällen können aber auch so bedeutende Schwierigkeiten bestehen, daß

eine auch nur halbwegs sichere Diagnose nicht gestellt werden kann. Liegt eine Herztamponade vor, so wird die verbreiterte Herzdämpfung, die schwachen Herztöne, die allgemeine Anämie meist auf die richtige Diagnose führen, obwohl gelegentlich auch eine Herztamponade ohne Verletzung des Herzens nur durch Blutung aus dem Herzbeutel entstehen kann. Die Fälle von Verletzungen mit bestehender Herztamponade sind jedoch, wie die Durchsicht der Literatur zeigt, in der Minderzahl. Auch unter Verfassers Fällen waren Erscheinungen des Herzdruckes nur in zwei Fällen zu verzeichnen. Schwieriger dagegen kann sich die Erkennung derjenigen Herzverletzungen stellen, welche ohne Tamponade verlaufen. Auf die verschiedenartigen abnormen Herzgeräusche ist nicht viel zu geben. Sie fehlen in der Mehrzahl der Fälle und können andererseits vorhanden sein, ohne daß eine Herzverletzung besteht. Es bleiben hauptsächlich zwei Symptome, welche uns die Verletzung des Herzens wahrscheinlich machen: 1. die Lokalisation der Einstich- oder Einschußwunde und 2. die Anämie und der Nachweis eines Blutergusses in der Pleurahöhle. Was den ersten Punkt betrifft, nämlich die Lage der äußeren Wunde, so ist sie an und für sich nur mit Vorsicht für die Diagnose einer Herzverletzung zu verwenden. Es können auch von weitabgelegenen äußeren Wunden, so auch von der rechten Thoraxhälfte aus, Verletzungen des Herzens erfolgen. Es hängt dies nur von der Richtung des Stiches oder Schusses bezw. von der Länge des verletzenden Instrumentes ab. So wichtig aber auch die Richtung des Schußkanals für die Diagnose der Herzverletzung ist, so kann Verf. doch nicht dem Vorschlag Rehns beistimmen, dieselbe mittels Sondierung zu ergründen. Viel eher könnte man nach Verf. Ansicht in zweifelhaften Fällen die Richtung des Wundkanals, sofern es der Zustand des Kranken erlaubt, durch Lokalisation der Kugel mittels Röntgenstrahlen ermitteln. Die wichtigste Indikation für einen chirurgischen Eingriff wird stets die hochgradige lebensbedrohende Anämie infolge einer intrathorakischen Blutung sein. Die Indikation zur Thorakotomie ist damit gegeben. Die Quelle der Blutung muß aufgesucht werden, gleichgültig, ob es sich um die Verletzung des Herzens, des Herzbeutels, der Lunge oder einer Arterie der Thoraxwand handelt. Verf. macht die Indikation zur Operation bei konstanter Beobachtung des Patienten von der Zunahme der Anämie abhängig, ein Standpunkt, den er auch bei der Behandlung von Lungenverletzungen, deren Naht er nur bei schweren Blutungen vornimmt, vertritt.

Was die Technik der Operation selbst anlangt, so sind von den meisten Chirurgen die zahlreichen Aufklappungsmethoden mit Hautmuskelknochenlappen als zu kompliziert verlassen worden. Die Erweiterung der äußeren Wunde, Verfolgung des Wundkanals, Resektion einer oder mehrerer Rippen, je nach Bedarf, erscheint als das rationellste und einfachste Verfahren.

Doz. Dr. **G. Holzknecht** (Wien): **Ueber Bursitis mit Konkrementbildung. Eine neue häufige Indikation der physikalischen Behandlung.** (Wiener med. Wochenschr., 1911, No. 43.)

Verf. berichtet über ein eigentümliches Vorkommnis, welches bei zahlreichen Schleimbeutelaffektionen subakuter und chronischer Natur eintritt. Es besteht in der Bildung von kalkhaltigen Konkrementen in denselben. Es bilden sich meist hockerige, drüsige, also oberflächlich mehr oder minder unregelmäßig begrenzte, dichte Gebilde. Wo sie nachweisbar sind, liefern sie nicht nur den Beweis, daß in den Schleimbeuteln entzündliche Vorgänge vorhanden sind, haben nicht nur diagnostische Bedeutung, so daß man aus dem Befund der Konkremente auf die Bursitis schließen muß, sondern auch eine zweite, eine pathogenetische Bedeutung; sie führen nämlich häufig sekundär zu einer weiteren Veränderung, die sich am besten als eine Einklemmungserscheinung verstehen läßt, wie wir solche von den freien Gelenkmäusen her kennen. Nicht an allen Schleimbeuteln sind jedoch die örtlichen Verhältnisse derart, daß eine Einklemmung des Konkrements zwischen zwei Skeletteilen möglich ist, und wo dies nicht der Fall ist, kommt dem Befunde des Konkrements nur eine diagnostische Bedeutung zu: hier ist ein Bursenstein, hier muß eine Bursitis am Werke gewesen sein. In dieser Richtung ist von J. Robinsohn vor längerer Zeit gefunden worden, daß sich bei schmerzhaften Affektionen, die einen ischialgischen Charakter aufweisen, Konkretionen in den ungemein reichen Bursen des Beckens, welche die Reibung zwischen den Muskeln der Becken-Femurgruppe lindern, finden. Das Zusammentreffen von ischialgischen Erscheinungen mit Bursensteinen hat den Gedanken gezeitigt, ob nicht die Bursitis durch Peribursitis und Fortschreiten des entzündlichen Prozesses in die Umgebung zu diesen scheinbar als Ischias auftretenden Erscheinungen führt. Dort haben sie rein diagnostische Bedeutung gehabt. Eine andere Lokalisation ist eine ungemein häufige, das sind die Entzündungen, welche in der Bursa subacromialis und subdeltoidea auftreten. Zwischen der oberen Oberfläche des Humeruskopfes und dem dachartig über ihr situierten Akromion befindet sich eine Bursa. Der schmale Zwischenraum zwischen beiden wird fast vollständig aufgebraucht, wenn bei Außenhebung des Humerus das Tuberculum majus in diesen Raum eintritt. In dieser Bursa bilden sich bei Bursitis Konkretionen verschiedener Größe und diese Konkretionen in der Bursa subacromialis sind es, welche bei der Außenhebung des Armes, offenbar dadurch, daß jetzt zwischen dem Akromion und dem Tuberculum majus der betreffende Bursolith in eine Einklemmungssituation gerät, bald leichtere, bald heftige, plötzlich auftretende Erscheinungen hervorrufen. Das Wesentliche an ihnen besteht in einer Quetschung der Bursenwand zwischen dem Stein einerseits und dem entsprechenden anliegenden Skeletteile andererseits. So kommt es, daß nicht selten die Erscheinungen nicht allmählich zunehmen, wie bei den subakuten Bursitiden — allmählich zunehmende Schmerzen und Beweglichkeitseinschränkung —, daß aber auch plötzlich, bei einer heftigeren Bewegung, oft bei einem Falle oder dergl., ein heftiger stechender Schmerz, Schwellung, Entzündung, Beweglichkeitsbeschränkung des Gelenkes und Druckempfindlichkeit auftreten, wobei die Druckempfindlichkeit sehr häufig gerade dort sitzt, wo wir die lange Bicepssehne lokalisieren. Es ist darum sehr häufig, daß die Affektion nicht nur mit den schon obengenannten Affektionen, sondern auch mit Kontusion, Fraktur und wegen des Druckpunktes mit Tendovaginitis verwechselt wird.

Der Mechanismus, mit dem die akuten Exazerbationen bei diesem Prozeß auftreten, die Einklemmungserscheinungen, haben dazu geführt, zunächst die chirurgische Behandlung zu wählen. Es sind zahlreiche Fälle operiert worden, mit großem Erfolge insofern, als die Anfälle sofort aufhörten. Nun hat sich aber eine höchst überraschende Beobachtung gefunden, und zwar hat Haenisch in Hamburg eine große Reihe von Fällen verfolgt, ohne operiert zu haben, und bei von Zeit zu Zeit vorgenommenen Untersuchungen festgestellt, daß es gar nicht selten vorkommt, daß diese Konkretionen, die neben der einfachen Bursitis immerhin wegen der Einklemmungserscheinungen Bedeutung haben, spontan verschwinden können, indem sie immer kleiner werden, bis schließlich nichts mehr nachweisbar ist. Dieser Umstand verändert nun auch die Stellung der Therapie zu den Konkretionen. Während man früher sagen mußte, daß es wohl das Klügste ist, die Konkretionen und dann auch die entzündeten Schleimbeutel zu entfernen, wird man dies jetzt nur noch in vollem Maße in Fällen aufrechterhalten, wo die Kranken sich von ihrer Hände Arbeit ernähren oder aus anderen Gründen möglichst rasch wiederhergestellt werden müssen. Sonst ist, wie man sieht, ein konservatives Verfahren möglich. Kr.

Dr. **Eduard Borchers** (Altona): **Ein Beitrag zur Frage der Lokalisation der Sprachzentren im Gehirn.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. berichtet über einen durch Trepanation geheilten Fall von motorischer Aphasie. Ein 24 jähriger Mann wurde mit einer Schußwunde der linken Schläfengegend (Einschußöffnung 10 cm oberhalb des linken Meatus acusticus externus, 2 cm in der Horizontalen nach vorn) in das Krankenhaus eingeliefert; es bestand zunächst Hemiplegie der rechten Körperseite und rechtsseitige Facialisparese, außerdem motorische Aphasie. In den nächsten Tagen kehrte die Beweglichkeit der unteren Extremitäten zurück, während die übrigen Symptome unverändert blieben. Nach etwa 10 Tagen ergab das Röntgenbild die Kugel in der Tiefe der Einschußöffnung sitzend im Bereich der Tabula interna; letztere war sparrenartig nach innen gegen das Gehirn vorgetrieben. Daraufhin wurde am nächsten Tage die Trepanation gemacht; die zur Hälfte noch in der Schädeldecke sitzende und mit dem übrigen Teil in die Schädelhöhle prominierende Kugel (vom Kaliber 7 mm) hatte die Dura mater nur wenig perforiert und ein subdurales Hämatom erzeugt; die Hirnsubstanz selbst war nicht verletzt. Die Kugel und deren nächste zum Teil zersplitterte Umgebung wurde herausgemeißelt, die Dura über dem Hämatum ein wenig geschlitzt, worauf sich etwa 1 Eßlöffel geronnenes Blut entleerte. Darauf Vernähung der Dura, Zurückklappen des Hautperiostlappens, Naht und Verband. Nach 8 Tagen war die Wunde primär verheilt. Schon wenige Tage nach der Operation begann der Rückgang der motorischen Aphasie; nach drei Monaten war sie bis auf geringe Residuen geschwunden; es bestand noch Parese der rechten oberen Extremität. Verf. nimmt an, daß es sich um eine durch das subdurale Hämatom bewirkte Kompression der linken dritten Stirnwindung und eines Teiles der Zentralwindungen handelt. R. L.

Geburtshilfe.

Dr. **Rupert Franz**, Assistent der Frauenklinik der Universität Graz: **Ueber das Verhalten der Harntoxizität in der Schwangerschaft, Geburt und im Wochenbett.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, No. 51.)

Es wurden von F. Versuche mit Harnen von Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen angestellt, deren Giftigkeit da-

durch geprüft wurde, daß sie Meerschweinchen intraperitoneal injiziert wurden und die Größe des dadurch ausgelösten Shoks hauptsächlich durch die Temperaturreaktion H. Pfeiffers bestimmt wurde. Die Schlußfolgerungen Verfassers sind folgende:

1. Die allgemeine Toxizität des menschlichen Harnes, bestimmt nach der Temperaturreaktion, ist unabhängig von der Konzentration, vom Säuregehalt und vom Gehalt des Harnes an genuinem Eiweiß. 2. Giftige Harne von Menschen erzeugen, peritoneal eingebracht, bei Meerschweinchen das Erkrankungsbild des protrahierten anaphylaktischen Shoks. 3. Der Harn gesunder Schwangerer ist nicht oder nur wenig giftiger als der Nichtschwangerer. 4. Die Toxizität des Harnes gesunder Schwangerer scheint kurz vor Beginn der Geburt wenig anzusteigen. 5. In der Geburt ist die Toxizität gegenüber der Schwangerschaft und dem Wochenbett bedeutend erhöht und zwar liegt das Maximum nach Verfassers Erfahrungen in der Austreibungszeit, während sich in der Eröffnungsperiode ein rascher Anstieg, in der Nachgeburtsperiode ein ebensolcher Abfall der Giftigkeit erkennen läßt. Doch kommen im Einzelfalle Ausnahmen von dieser aus den allgemeinen Mittelwerten abgeleiteten Regel zur Beobachtung. 6. Die Geburtsharne scheinen bei abgestorbener Frucht nicht weniger toxisch zu sein. 7. Die Toxizitätssteigerung bei Wehentätigkeit bezieht sich nicht nur auf die Geburt am Ende der Schwangerschaft, sondern auch auf den Abortus im Gange bei uteriner und tubarer Schwangerschaft. Nach Ausstoßung der Frucht bezw. eines Eiteiles nimmt die Giftigkeit des Abortusharnes ab. 8. Auch unmittelbar nach der Geburt zeigt der Harn noch eine erhöhte Giftigkeit. 9. Der Wöchnerinnenharn ist von etwas höherer Giftigkeit als der von Schwangeren und von geringerer als der von Gebärenden. Der Wochenbettharn scheint am fünften Tage des Wochenbettes einen geringen Anstieg der Toxizität zu zeigen. 10. Der Harn von Gebärenden und Wöchnerinnen mit Urticaria wurde hochgradig toxisch gefunden. 11. Der Harn Eklamptischer mit keiner oder geringer Nierenschädigung war hochgradig toxisch. 12. Bei schwerer Nephritis gravidarum war die Giftausscheidung im Harne aufgehoben oder verringert. Kr.

Fortschritte u. Bestrebungen auf therapeutischem Gebiete.

Medikamentöse Therapie.

Neuere Arbeiten über Salvarsan:

Dr. **M. Tuschinsky** und Dr. **G. Iwaschenzow** (St. Petersburg): **Ueber Salvarsanbehandlung bei Skorbut.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Die Verfasser wendeten das Salvarsan nach Vorgang von Gerber bei 8 Fällen von Skorbut an, darunter waren 7, die als schwer gelten konnten. Das Mittel wurde intravenös infundiert, in Einzeldosen von 0,2—0,5 g 1—3 mal im ganzen. Innerlich bekamen die Kranken nur ganz indifferente Mittel; Pinselungen und Spülungen wurden nicht angewendet. Schon recht bald nach einer Infusion wurde eine Besserung der krankhaften Erscheinungen in der Mundhöhle beobachtet; auch die Blutungen aus dem Zahnfleisch hörten auf. Bis zur völligen Heilung des Prozesses in der Mundhöhle verging etwa eine Woche; die Zahl der Spirochäten nahm immer rasch ab. Das Allgemeinbefinden hob sich. Die Verfasser nehmen auf Grund ihrer Beobachtungen eine Wirkung des Salvarsans auf die Krankheitserscheinungen in der Mundhöhle an; eine deutliche spezifische Wirkung des Salvarsans auf die übrigen Skorbuterscheinungen war nicht nachzuweisen.

Dr. **Emil Oberholzer** (Breitenau-Schaffhausen): **Cerebrospinalmeningitis als Rezidiv nach Salvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Ein 30 jähriger Patient erhielt etwa einen Monat, nachdem er sich luetisch infiziert hatte, 0,6 g Salvarsan intraglutäal in neutraler Emulsion, bald darauf drei Wochen dauernde Schmierkur. Zunächst drei Monate Wohlbefinden. Dann nach einem Kopftrauma Kopfschmerzen, besonders unerträglich bei Nacht, ferner Schwindelanfälle und Taumeln beim Gehen. Nach einiger Zeit trat Mundsperre hinzu. Bei Eintritt des Pat. in klinische Behandlung fanden sich noch doppelseitige Neuritis optica mit reduzierter Sehschärfe, linksseitige Facialisparese, starke Herabsetzung der Hörschärfe links, Tieferstehen der linken Schulter, welche, wie der linke Arm, nicht vollständig gehoben werden kann. Druckempfindlichkeit der Nervenaustrittspunkte im Nacken. Parese der Bauchmuskeln; alle Periost- und Sehnenreflexe stark erhöht. Auf eine neue Schmierkur gingen in einer Reihe von Wochen alle Erscheinungen zurück, so daß der Patient wieder arbeitsfähig wurde. Nach den klinischen Erscheinungen ist hier eine syphilitische Cerebrospinalmeningitis anzunehmen; Umschließung und Kompression des 7.—12. Hirnnerven durch basale meningitische Infiltrationen. Ferner waren auch der Opticus sowie die hinteren und vorderen Wurzeln des unteren Dorsalmarks beteiligt. Die luetische Natur der Affektion erhellt aus der weitgehenden Rückbildung der Erscheinungen unter spezifischer Behandlung.

Dr. **Paul Bendig** (Stuttgart): **Ueber das Verhalten des Zuckers bei Salvarsanbehandlung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Auf Grund eigener Beobachtungen sowie von in der Literatur berichteten Fällen stellt Verf. folgende Sätze auf: 1. Der syphilitische Diabetes wird gleich den klinischen Lueserscheinungen durch Salvarsan zum Schwinden gebracht. 2. Der neben der Lues einhergehende Diabetes mellitus wird in leichten Fällen günstig beeinflußt. 3. Der schwere Diabetes bietet wegen des drohenden Komas eine Kontraindikation zur Salvarsaninjektion. 4. Das Salvarsan kann selbst vorübergehende Glykosurie verursachen. R. L.

Ueber Chocolin.

1. Geheimrat **Görges**, Chefarzt des Königin Elisabeth-Hospitals (Berlin-Oberschönweide): **Ueber Chocolin, eine abführende Schokolade.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 52.)
2. Dr. **Alfred Lewandowski** (Berlin): **„Chocolin", ein neues abführendes Nährmittel.** (Die Therapie der Gegenwart, 1911, Heft 12.)
3. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **C. A. Ewald** (Berlin): **Das Chocolin (Michaelis), ein neues Abführmittel.** (Zentralbl. f. d. ges. Therapie, 1912, H. 1.)

Das Chocolin ist ein die Verdauung förderndes Schokoladepräparat nach Dr. H. Michaelis. Die Herstellung hat die Firma Gebrüder Stollwerk A.-G., die auch den Eichelkakao fabriziert, übernommen. Es enthält außer seinem Hauptbestandteil, gezuckertem Kakaopulver, die altbewährte Manna cannelata, welche zwar seit langen Zeiten in der Therapie in flüssiger Form — als Mannasirup und als wertvoller Zusatz in anderen Abführmitteln — benutzt wird, die aber hier zum ersten Male nach einem Verfahren von Dr. Michaelis in Pulverform in Verbindung mit Kakaopulver und einem Zusatz von Phenolphthalein (0,5 pCt.) erscheint. Die vorliegende Form des Präparates als ein Schokoladepulver erschien Görges (1) sehr glücklich und veranlaßte ihn zur Prüfung, denn es war hier die Möglichkeit gegeben, in der diskreten Form einer Tasse Schokolade Patienten ein Abführmittel zu verabreichen. Für die Privatpraxis und insbesondere die Kinderpraxis scheint Verf. hier ein großer Vorteil zu liegen, den er denn auch mehrfach Gelegenheit zu beobachten hatte. Den ihm zu Versuchszwecken übersandten Kakao hat er in 16 Fällen angewandt. eSin Urteil über die Wirkung des Präparates geht dahin, daß wir in diesem Kakao ein sehr angenehmes, dem Patienten sehr willkommenes und wohlschmeckendes Mittel besitzen das Abends genommen entweder zur Abendmahlzeit oder kurz vor dem Schlafen sicher am nächsten Morgen eine schmerzlose, ergiebige Stuhlentleerung herbeiführt. Da er sehr gut schmeckt, dabei ein gutes Nahrungsmittel ist und seinen Zweck in absolut diskreter Weise erfüllt, bedeutet er eine Bereicherung unseres Arzneischatzes.

Die Zubereitung des Chocolins ist höchst einfach. Im Gegensatz zum Eichelkakao, der beim Gebrauch gekocht werden muß, ist dies beim Chocolin überflüssig; es genügt, den Kakao mit heißem Wasser oder heißer Milch zu verrühren, um sofort ein gebrauchsfähiges Getränk zu erzielen. Je nach Wunsch kann Zucker ad libitum zugesetzt werden.

Dr. Lewandowskis (2) erste Versuche fielen in die abnorm heiße Zeit des verflossenen Sommers. Da hatte er seinen Patienten geraten, den Kakao abkühlen zu lassen, ihn erforderlichenfalls auf Eis zu stellen, um ihn dann als Eisgetränk (Eisschokolade) mit oder ohne Schlagsahne zu nehmen. Auch diese Form der Darreichung hat sich sehr gut bewährt. L. verwendete das Chocolin in ca. 40 Fällen mit bestem Erfolg. Besonders wertvoll war ihm das Präparat bei der Behandlung blutarmer junger Mädchen.

Ewald (3) hat das Chocolin in ziemlich ausgedehntem Maße und bei verschiedenen Ursachen der Obstipation (Atonia, Splanchnoptosen, Gravidität, Anämie und Chlorose) verwendet und ist im allgemeinen mit der Wirksamkeit des Präparates ganz zufrieden. Er erklärt Chocolin für ein sehr mildes Abführmittel in einer neuen Darreichungsform und Kombination. Es scheint ihm, daß die Kombination des Phenolphthaleins mit dem seit alten Zeiten als reizmilderndes und leicht laxierendes Mittel bekannten Manna eine besonders glückliche ist. Vielleicht, sagt Verf., trägt aber auch der Umstand, daß die abführende Substanz sozusagen in breiter Masse und nicht an eng begrenzter Stelle wie eine Pille oder Tablette auf die Darmschleimhaut einwirkt, mit dazu bei, die milde und angenehme Wirkung zu erzielen. Kr.

Dr. **Scotti**, Kinderarzt in Berlin: **Lebertran und Rizinusöl in neuer, schmackhafterer Form.** (Klinisch-therapeut. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Erst in dem von der Firma Vial & Uhlmann hergestellten Präparat „Gadiol", das nach Angaben der Fabrikanten aus reinem Lebertran durch Versüßung und durch Zusatz völlig unschädlicher, aromatischer Essenzen hergestellt wird, ist, wie Verf. sich durch eigene Kostproben und zahlreiche Versuche überzeugen konnte, in der Tat der Geschmack gut korrigiert und der vielen unangenehme Geruch gedeckt. Verf. hat das Mittel bei ca. 20 Kindern versucht und den Eindruck gewonnen, daß das Gadiol eine zweckmäßige verbesserte Form des Lebertrans darstellt. Es wurde gerne genommen und hatte nicht das geringste Aufstoßen und Erbrechen zur Folge. Außerdem bedingen die aromatischen Zusätze offenbar eine leichtere Verdaulichkeit und bewirken eine Erhöhung des Appetits. Sehr wesentlich ist noch der Umstand, daß durch die beigefügten, die Zersetzung hemmenden ätherischen Oele nicht nur der Geschmack verbessert, sondern auch die Haltbarkeit erhöht wird. Gadiol wird daher niemals ranzig und kann infolgedessen auch im Sommer genommen werden.

Das nach ähnlichen Grundsätzen veränderte Rizinusöl „Ricilan" von der gleichen Firma hat Verf. angesichts der guten Erfahrungen mit Gadiol ebenfalls praktisch erprobt. Ricilan unterscheidet sich schon äußerlich sofort durch seine mehr flüssige Konsistenz von dem dickzähen Rizinusöl. Verf. hat das Ricilan stets ohne Vehikel nehmen lassen. Sein Geschmack ist gewürzig, entfernt etwas an Kümmel erinnernd. Es mag vielleicht den aromatischen Zusätzen zu verdanken sein, daß Leibschmerzen oder Blähungen bei Gebrauch des Ricilans nicht beobachtet wurden. Sonst entspricht die Wirkung derjenigen des Ol. ricini. Da auch der bittere, kratzende Nachgeschmack vollkommen beseitigt war, so nahmen selbst die empfindsamen unter den kleinen Patienten, die Ol. ricini nie über die Lippen gebracht hätten, Ricilan ohne wesentliche Schwierigkeit. Durch die Einführung des Ricilans ist der Arzt in der Lage, das Rizinusöl auch in allen den Fällen anzuwenden, in denen er bisher wegen des Widerwillens der Patienten gegen das reine Oel auf das bewährte Purgans verzichten mußte. Kr.

Dr. **Carl Rose**, Assistenzarzt der medizinischen Universitätsklinik Straßburg i. E.: **Ueber Digipuratum solubile „Knoll".** (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Zu den erheblichen Fortschritten auf dem Gebiete der Digitalistherapie zählt in erster Linie die Einführung physiologisch ausgewerteter Digitalispräparate, die den Vorzug konstanter Wirkung und Zusammensetzung besitzen, ferner eine feinere Dosierung und infolgedessen eine chronische Digitalisbehandlung gestatten. Ein weiterer großer Fortschritt liegt in der Darstellung löslicher Digitalismedikamente, durch die man vom Zustand des Magen-Darmkanals unabhängig geworden ist und vor allem die Möglichkeit besitzt, durch intramuskuläre und insbesondere intravenöse Anwendung eine rasche Wirkung zu erzielen. Das bislang nur in fester Form existierende Digipuratum besitzt eine große Zahl von Anhängern wegen der Konstanz seiner Zusammensetzung und Wirksamkeit, sowie der Seltenheit der gastrointestinalen Nebenerscheinungen gegenüber Digitalis in Form von Pulver oder Infusen. Durch Einführung des Digipuratums solubile „Knoll" in Ampullen von 1 ccm = 0,1 Digipuratum ist in letzter Zeit eine Injektionsbehandlung auch mit diesem bewährten Präparat ermöglicht worden.

Die subkutanen Digipuratuminjektionen sind nicht schmerzfrei, eine Eigenschaft, die das Digipuratum mit allen Digitalispräparaten teilt. Es wurde daher von dieser Darreichung Abstand genommen. In Fällen, wo eine intravenöse Zufuhr nicht möglich war, wurde das Präparat intramuskulär in den oberen und äußeren Teil der Glutäalgegend injiziert, wobei ebenfalls eine sichere Digitaliswirkung erzielt wurde. In den meisten Fällen wurde das Präparat intravenös verwendet und zwar 1—2 mal, zuweilen auch 3 mal täglich 1 ccm = 0,1 Digipurat. Die Erfolge entsprachen der Dosierung und sind natürlich nicht so auffällig wie die nach Strophanthininjektionen, da 1 ccm Digipuratum 8 Froscheinheiten, 1 mg Strophanthin jedoch 15 Froscheinheiten entspricht. Dafür sind auch die zuweilen großen Gefahren einer Strophanthininjektion vermieden und die Erfolge mindestens denen mit anderen Digitalispräparaten gleichzusetzen.

Bei der intravenösen Anwendung ließ sich eine schöne Digitaliswirkung in kurzer Zeit mit allen ihren charakteristischen Symptomen erreichen, wie Verlangsamung des Pulses, Regelmäßigkeit desselben, Anstieg der Diurese, Abnahme der Dyspnoe und der Cyanose. Bei allzulange fortgesetzten Injektionen größerer Dosen hat man selbstverständlich mit der Kumulationswirkung zu rechnen, die allen Digitaliskörpern eigen ist. Ebenso können beim Mißlingen der Injektion Reizungen des umliegenden Gewebes entstehen, was daraus erklärlich ist, daß die Digitalisglykoside starke Zellgifte sind. Jedoch sind andererseits diese Erscheinungen bei den Tannoidverbindungen des Digipuratums weniger ausgeprägt als bei den Lösungen der freien Glykoside. Unliebsame Nebenerscheinungen (Schüttelfrost, Temperaturerhöhung usw.) hat Verf. nach intravenöser Injektion des Digipuratums nicht beobachtet.

Prof. Dr. **H. Walther** (Gießen): **Ovaradentriferrin in der gynäkologischen Praxis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Das Ovaradentriferrin kam in erster Linie bei den postklimakterischen Beschwerden in der Menopause, sodann bei antizipierter Klimax nach Radikaloperationen zur Verwendung, ferner bei Fällen von Amenorrhoe und Dysmenorrhoe im jugendlichen Alter, sowie Menstruationsstörungen nach postpuerperalen Entzündungen sowohl des Beckenbindegewebes, als auch der Adnexe und des Perimetriums. Es zeigte eine gute Wirkung in Fällen von Grossesse nerveuse und bei den vasomotorischen Störungen der Wechseljahre. Auch bei Adipositas im Klimakterium ergaben sich gute Erfolge.

Eine besondere Gruppe bilden diejenigen Fälle, bei welchen nach Operationen die Klimax antizipiert eingetreten war (mehrere Fälle von vaginaler Radikaloperation bei doppelseitiger Adnexerkrankung — Radikaloperation bei Myomblutungen — abdominelle Totalexstirpation — Fälle von doppelseitiger Ovariotomie). Auch hier schien das Präparat recht gut zu wirken. In einem besonderen Falle von Ovariotomia duplex und Totalexstirpation des myomatösen Uterus traten überhaupt nie Ausfallserscheinungen ein, obwohl sie bei den früher sehr starken Myomblutungen zu erwarten waren. Ferner zeigten sich bei einigen Fällen von verspätetem Eintreten oder seltener Periode, bei Uterus infantilis und unangenehmen Menstrualbeschwerden gute Erfolge. In einem Falle, der dazu noch durch epileptische Anfälle kompliziert war, erschienen nach Darreichung des Präparates die Menses reichlicher und regelmäßiger und die Anfälle traten nicht wieder auf. Recht günstige Wirkung erzielte W. in nicht veralteten Fällen von chronischen Entzündungszuständen im Becken, sowohl bei para- als auch bei perimetrischen Exsudatresten mit Störungen der Periode, sei es Amenorrhoe bezw. Oligomenorrhoe oder Dysmenorrhoe, insbesondere, wenn man gleichzeitige Biersche Stauung in Form der Heißluftbehandlung anwendet. Die vorhandenen Menstruationsstörungen werden durch das Ovaradentriferrin sehr gut beeinflußt. Erwähnenswert wäre endlich noch ein Fall von Oligomenorrhoe nach zu langem Stillen, mit starker Verkleinerung des Uterus (Atrophia uteri ex lactatione), in dem nach längerem Gebrauch der Tabletten die Menses wieder regelmäßig eintraten. Wenn W. sich nach reiflicher Beobachtung der Fälle der Empfehlung Prochowniks anschließt, so tut er dies, weil er durch die objektive Untersuchung die Ueberzeugung gewonnen hat, daß das Mittel sehr gut vertragen wird, niemals schadet und, in einem durchaus nicht beschränkten Indikationsgebiet angewandt, jedenfalls versucht zu werden verdient. Natürlich ist es kein Allheilmittel für solche Fälle. Bei Ausfallserscheinungen der natürlichen Klimax, wie besonders bei antizipierter Klimax nach Operationen, verspätetem Eintritt der Periode, Amenorrhoe bei noch nicht veralteten Exsudaten, vor allem vorübergehender Amenorrhoe, Oligomenorrhoe und Dysmenorrhoe bei chronischen Para- und Perimetritiden, schließlich auch bei Chlorose und Menstruationsstörungen empfiehlt W. das Mittel dem Praktiker, der ja vielleicht häufiger noch als der Spezialist mit diesen Fällen zu tun hat.

Dr. **A. Piersig** (Berlin): **Styptol bei Pollutionen.** (Zeitschrift für Urologie, 1911, H. 11.)

Das Styptol, dessen kontrahierende Wirkung auf die Gefäße des Uterus der Verf. seit Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte, wurde in verschiedenen Fällen bei Pollutionen angewandt. Bereits nach Verbrauch von 2 Röhrchen Styptol stellte sich meistens eine außerordentliche Besserung ein, die monatelang anhielt. Zum Teil verschwanden die Pollutionen nach 2—3 Röhrchen Styptol vollständig. Da die bisher gegen Pollutionen angewandten Mittel vielfach versagten, so dürfte die Bestätigung der Erfahrungen von König (Karlsbad) sehr angebracht erscheinen. Natürlich hilft auch das Styptol nicht in allen Fällen, doch ist nach Piersig seine Wirkung oft so eklatant, daß es stets versucht werden sollte. K.

Physikalische Therapie.

Dr. **Emil Schepelmann**, Assistenzarzt der Privatklinik des Prof. Dr. Wullstein in Halle: **Ueber den Einfluß der Heißluftbehandlung auf Gelenkergüsse.** Experimentelle Untersuchungen. (Medizin. Klinik, 1911, No. 51.)

Die Experimente wurden in der Weise angestellt, daß Verf. in das rechte Kniegelenk mittelgroßer Kaninchen desselben Wurfes je ½ ccm 10 proz. Jodoformglyzerin mit einer Pravazschen Spritze injizierte. Die Hälfte der Versuchskaninchen wurde nun zweimal täglich 1½ Stunden mit den Hinterbeinen in einen Heißluftkasten gesteckt, sonst aber wie

die Kontrolltiere behandelt. Durch tägliche Röntgenaufnahmen ließ sich die Resorption des Jodoformglyzerins genau verfolgen und sehr exakt feststellen, wann der letzte Rest verschwunden war. Es ergab sich dabei, daß von sechs mit Heißluft behandelten Kaninchen drei nach 8 Tagen, eins nach 10 Tagen, zwei nach 14 Tagen, also durchschnittlich sechs nach 10¼ Tagen keine Jodoformflecke mehr aufwiesen, während von den Kontrolltieren eins nach 15 Tagen, drei nach 18¹/₆ Tagen frei von Jodoform waren. Die Minimalresorptionszeit der letzten Tiere liegt noch oberhalb der Maximalresorptionszeit der ersteren. Die Resorption vollzog sich demnach bei den mit Heißluft behandelten Kaninchen 1¾ mal rascher als bei den Kontrolltieren.

In einer anderen Versuchsreihe injizierte Verf. ½ ccm chinesische Tusche in das rechte Kniegelenk von Kaninchen, deren eine Hälfte Verf. sofort 2—3 Stunden mit Heißluft behandelte, während die andere Hälfte wieder zur Kontrolle diente. Nach 8 resp. 12 Stunden wurden je zwei zusammengehörige Heißluft- und Kontrolltiere getötet, die Inguinaldrüsen und Lymphgefäße ausgeräumt und mikroskopisch untersucht. Es fand sich dann in dem Lymphgewebe der Heißluftkaninchen eine reichlichere Ansammlung von Tuschepartikelchen als bei den Kontrolltieren.

Diese Tierexperimente, sagt Verf., bestätigen also die klinisch schon längst bekannte Tatsache, daß die Resorption von Gelenkergüssen durch Heißluftanwendung wesentlich beschleunigt werden kann. Kr.

Bakteriotherapie, Serumtherapie.

Dr. **J. H. Schultz** (Breslau): **Klinische Erfahrungen mit dem Gonokokkenvaccin Arthigon [Bruck].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. berichtet aus der Breslauer dermatologischen Universitätsklinik über die Ergebnisse der Vaccinebehandlung der gonorrhoischen Affektionen. Die Behandlung geschah mit dem von Bruck angegebenen und von der chemischen Fabrik Schering in den Handel gebrachten Präparat Arthigon, das aus abgetöteten Gonokokken besteht. Es wurden in 1 bis 7 Injektionen Dosen von 0,5 bis 3 g Arthigon intraglutäal injiziert. Bei gleichmäßig fortschreitender Besserung wird bei fieberhafter Reaktion nach 3—4 Tagen, bei geringerer Allgemeinreaktion nach 2—3 Tagen die Injektion wiederholt, im allgemeinen in steigenden Dosen 0,5, 1, 1,5, 2 ccm wird eventuell mehrfach gegeben und nur in Ausnahmefällen, besonders bei sehr geringer Allgemeinreaktion, werden noch höhere Dosen (bis 5 ccm) appliziert. Ist der Heileffekt deutlich, so werden noch 1—2 Injektionen angeschlossen. In folgenden Sätzen faßt Verf. die Ergebnisse zusammen: 1. Die Behandlung gonorrhoischer Komplikationen mit Arthigon ist in vielen Fällen von Epididymitis (bei einem Material von 93 Fällen in über 80 pCt.), Funiculitis, Prostatitis und Arthritis gonorrhoica von sehr deutlichem, oft glänzendem Erfolg; sie führt in Verbindung mit der üblichen Therapie sehr häufig klinisch zu einer Restitutio ad integrum. Schädigungen wurden nie beobachtet. 2. Die günstig beeinflußten Fälle zeigen einen höheren Prozentsatz fieberhafter Reaktionen als die refraktären Fälle. 3. Die Behandlung ist spezifisch, wie die häufige Allgemein- und Herd- und die seltenere Lokalreaktion (an der Injektionsstelle) lehren. 4. Die Behandlung der frischen Cervicalgonorrhoe, besonders in Verbindung mit Lokaltherapie, scheint aussichtsreich.

Dr. **Stephanie Rygier** (Breslau): **Ueber Arthigonbehandlung der gonorrhoischen Vulvovaginitis kleiner Mädchen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. berichtet aus der dermatologischen Universitätsklinik in Breslau über vier Fälle von Vulvovaginitis gonorrhoica bei Mädchen von 4—11 Jahren, welche mittels Arthigon behandelt wurden. Die Einzeldosen betrugen 0,5—5 ccm. In zwei Fällen wurde ein voller Heilerfolg erzielt; in einem Falle ist der Erfolg als zweifelhaft zu bezeichnen, weil später wieder einige Gonokokken gefunden wurden; endlich im vierten Falle wurde keine Heilung erzielt. Unter den geheilten Fällen war der eine vorher 6½ Monate ohne Erfolg lokal behandelt worden; die Gesamtdosis in den beiden geheilten Fällen betrug 27,5 ccm bezw. 17,25 ccm Arthigon. In den beiden nichtgeheilten Fällen war die Gesamtmenge des injizierten Arthigon nur 8 bezw. 10,5 ccm. Nebenerscheinungen, abgesehen von Temperatursteigerung, oder irgendwelche Schädigung wurde nicht beobachtet.

Privatdozent Dr. **H. Gebb** (Greifswald): **Die Behandlung der Pneumokokkeninfektion der Hornhaut (Ulcus serpens) mittels großer Serummengen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Verf. führt die bisherigen ungenügenden Erfolge bei der Behandlung des durch Pneumokokken hervorgerufenen Ulcus serpens der Hornhaut mittels des Römerschen Antipneumokokkenserums auf zu geringe Dosierung des Mittels zurück. Er überzeugte sich zunächst durch Tierversuche, in denen er an der Kaninchenhornhaut mit dem Erreger der Schweineseuche ein Geschwür erzeugte, daß geringe Serummengen die Infektion überhaupt nicht beeinflussen, daß mittlere Mengen eine deutliche Reaktion am Hornhautgeschwür auslösen, daß aber erst große Dosen des spezifischen Serums den Infektionsprozeß innerhalb weniger Tage zum Stillstand bringen. Verf. ging deshalb daran, auch beim menschlichen Ulcus serpens größere Mengen des Römer-Ruppelschen Antipneumokokkenserums anzuwenden. Er stellte vorher durch besondere Versuche fest, daß 100—300 ccm Serum außer einer 2—3 Tage dauernden geringen Erhöhung der Temperatur keine erheblichen Nebenerscheinungen hervorrufen. Auch die intravenöse Seruminjektion führte zu keinerlei ernsten Komplikationen. Deshalb wandte Verf. in einer Reihe von Fällen von Ulcus serpens Dosen von 100—250 ccm (auf einmal subkutan injiziert) an; die sonstige Therapie bestand darin, daß bei gleichzeitiger Darcyocystitis der Tränensack entfernt wurde; ferner kam Atrophie und gelegentlich feuchte Wärme zur Anwendung. Der günstige Einfluß der Injektion großer Serummengen auf das Ulcus serpens zeigte sich meist schon am Tage nach der Einspritzung und bestand darin, daß am Hornhautgeschwür eine starke Aufquellung des Infiltrationsrandes auftrat und daß nach wenigen Tagen das Ulcus völlig gereinigt war, ebenso wie auch die anderen Entzündungserscheinungen bald verschwanden. Verf. hat im ganzen 14 Fälle von Pneumokokkeninfektion der Hornhaut, von denen er drei genauer mitteilt, nach diesen Grundsätzen behandelt. Es wurden davon 10 Patienten durchschnittlich am 9. Tage geheilt entlassen mit einer Sehschärfe von 0,1—0,5, wie sie durch die bisher übliche Therapie niemals erzielt wurde. An Stelle des früheren Geschwürs fand sich meist eine feine, scharfbegrenzte Narbe. Mißerfolge waren also nur in 30 pCt. der Fälle zu konstatieren. R. L.

Geburtshilfliche Therapie.

S. **Weinmann** (Medizinalpraktikantin in Mainz): **Zur Schmerzlinderung normaler Geburten.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. bespricht die verschiedenen Methoden, die in neuerer Zeit angewandt wurden, um die Geburtsschmerzen zu vermindern oder ganz zu beseitigen, teilweise auf Grund der Erfahrungen der Mainzer Hebammen-Lehranstalt. Zunächst erwähnt sie den Chloroformhalbschlaf, auch „Chloroformierung à la reine" genannt. Mit Beginn des letzten Stadiums der Preßwehen, der sog. Schüttelwehen, läßt man die Kranke 10—15 Tropfen Chloroform einatmen und wiederholt dieses Vorgehen am Anfang jeder Wehe bis zur endgültigen Geburt des Kindes. In der Mainzer Anstalt wurde diese Methode in einigen Fällen mit befriedigendem Erfolg angewendet; üble Folgeerscheinungen wurden nicht gesehen. Die Lumbalanästhesie wurde auch für die Geburtshilfe versucht; sie hebt die durch den Druck des Kopfes auf die Weichteile bedingten Schmerzen auf, läßt die Wehentätigkeit des Uterus ungeschwächt und übt nur einen geringen lähmenden Einfluß auf die Bauchpresse aus. Jedoch ist sie mit zu vielen Nebenwirkungen und Gefahren verknüpft, um für die normale Geburt empfohlen werden zu können. Ausgedehnte Anwendung in der Geburtshilfe hat neuerdings die Morphium-Skopolamin-Narkose gefunden; die Zahl ihrer Anhänger ist nicht unbeträchtlich; doch ist sie in letzter Zeit wieder in Mißkredit gekommen, da sie eine ganze Reihe von nicht unbeträchtlichen Nebenwirkungen haben kann, vor allem das kindliche Leben gefährdet. Die Methode sollte nur in Anstalten angewendet werden, wo jederzeit ärztliche Hilfe und geschultes Personal da ist, um bei entstehender Gefahr sofort einzugreifen. Eine weitere Methode, die Schmerzhaftigkeit heftiger Uteruskontraktionen herabzusetzen, besteht in der Anästhesierung der Nasenschleimhaut. Man bepinselt die Nasenschleimhaut mit 5 Tropfen einer 5 proz. Kokainlösung. Sie wirkt zwar nur für ½—1 Stunde, ist aber nach den Erfahrungen der Mainzer Anstalt ziemlich zuverlässig. Man kann die Kokainisierung mehrere Male wiederholen und auch mit anderen Methoden, z. B. der Pantoponinjektion, kombinieren. Von Stoeckel wurde die Sacralanästhesie nach Cathelin zur Geburtsschmerzbeseitigung angewendet. Die Methode besteht in der Injektion einer anästhesierenden Flüssigkeit in den Sacralkanal und bezweckt eine vorübergehende Leitungsunterbrechung des vom Sacralkanal ausgehenden sacralen Nervenplexus. Der erstrebte Zweck ist in den meisten Fällen auch erreicht; doch ist die Methode nicht frei von Nebenwirkungen und vor allem technisch zu schwierig, um Eingang in die allgemeine geburtshilfliche Praxis zu finden. — In neuester Zeit wurde von verschiedenen Autoren das Pantopon in subkutaner Injektion zur Analgesierung des Geburtsvorgangs empfohlen, allein oder mit Skopolamin kombiniert. In der Mainzer Anstalt wurde das Pantopon in 40 Fällen

angewendet; zur Injektion wurden die von der Firma Hoffmann-la Roche & Co. in Basel in den Handel gebrachten Ampullen zu 1 ccm der 2 proz. sterilen Pantoponlösung benutzt. Als Zeitpunkt der Injektion wurde in den meisten Fällen die Eröffnungsperiode gewählt, wenn gute und regelmäßige Wehen eingesetzt hatten. 24 mal wurde Pantopon allein injiziert. Die Wirkung der Einspritzung machte sich meist nach 15—20 Minuten geltend und dauerte 2—4 Stunden; in der Mehrzahl der Fälle wurde eine deutliche Linderung der Wehenschmerzen erzielt. In den Wehenpausen bestand meist ein schlafähnlicher Zustand. In 8 Fällen wurde Pantopon 2 mal injiziert. In 5 Fällen wurde nach dem negativen Ausfall der ersten Pantoponinjektion bei der zweiten Injektion das Pantopon (0,01) mit einer kleinen Dosis Skopolamin (0,00015 bis 0.0003) kombiniert, mit dem Erfolg, daß nunmehr eine wesentliche Erleichterung der Geburtsarbeit eintrat. In den mit Pantopon-Skopolaminlösung von vornherein behandelten Fällen war bei zwei Frauen eine absolute Schmerzlinderung zu konstatieren; bei den anderen wurde die Schmerzhaftigkeit der Wehen zwar nicht vollständig herabgesetzt, aber doch sehr wesentlich vermindert. In den Wehenpausen wurde auch hier ein leichter schlafähnlicher Zustand beobachtet; jedoch war der Schlaf nur oberflächlich und eine Amnesie für die Geburt wurde nicht erreicht. Die ungünstige Beeinflussung der Wehentätigkeit, wie sie durch die Morphium-Skopolaminnarkose geschieht, wurde bei der Pantopon-Skopolaminnarkose nur ausnahmsweise gesehen, bei den mit Pantopon allein injizierten Fällen niemals. Eine nachteilige Wirkung auf Nachgeburts- und Wochenbettsperiode bestand niemals; auch sonstige ungünstige Neben- oder Nachwirkungen fehlten; auch die Kinder kamen mit einer Ausnahme (Injektion mit Pantopon-Skopolamin geschah hier kurz vor Beginn der Austreibung; das Kind wurde mit den Zeichen des Skopolaminrausches geboren) lebensfrisch zur Welt, auch bei wiederholter Dosis. Die Pantoponnarkose (resp. die Pantopon-Skopolaminnarkose) eignet sich also zur Anästhesierung schmerzhafter Eröffnungswehen, während für die letzte Periode der Geburt nach Verf. die „Chloroformierung à la reine" zu empfehlen ist, falls Anästhesie gewünscht wird.

Dr. L. **Hell** (Basel): **Ueber die Anwendung von Pituitrin bei Abort.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. prüfte in der Basler Frauenklinik die Frage, ob das Pituitrin sich auch beim Abort als wehenerregendes Mittel verwenden läßt, ob es also die spontane Ausstoßung herbeizuführen vermag. Es wurden in 27 Fällen von Abort 2 mal täglich 2 ccm Pituitrin (Parke-Davis) resp. 1 ccm des Präparats von Borroughs Wellcome injiziert. Ganz schwache Wehen traten fast immer auf. Einige Male waren die Wehen äußerst heftig, doch wenn der erste Wehensturm nicht zum Abort führte und das Mittel weiter gegeben wurde, nahm die Intensität der Wehen immer mehr ab; am 4.—5. Tage der Behandlung wurde für gewöhnlich kaum mehr etwas verspürt. Auf das Allgemeinbefinden hatten die Pituitrininjektionen keinen Einfluß; gleichzeitig verabreichtes Secale scheint die Pituitrinwirkung nicht zu verstärken; auch machen vorausgehende Secalegaben den Uterus nicht empfindlicher. Das Pituitrin versagte in 22 von den 27 Fällen, d. h. die ausgelösten, meist sehr schwachen Wehen genügten nicht zur Ausstoßung des Eis; wegen fortlaufender Blutung mußte zuletzt doch ausgeräumt werden. In 5 Fällen trat nach Pituitrin Ausstoßung der Frucht ein. Aus alledem folgt, daß das Pituitrin nicht geeignet ist, beim Abort therapeutische Anwendung zu finden.

R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Januar 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Bönniger** demonstiert eine **Nadel für die Forlaninische Stichmethode** zur Erzeugung des künstlichen Pneumothorax. Sie hat ein kleines Kaliber, besitzt eine seitliche Oeffnung und hat also den Vorzug, daß sie schmerzlos eingeführt werden kann und sich nie verstopft. Die Gefahr der Lungenverletzung besteht nur in geringem Grade.

Tagesordnung:

Diskussion über den Vortrag A. v. Wassermanns und v. Hansemanns: Chemotherapeutische Versuche am tumorkranken Tiere.

Herr **A. Sticker**: Für das Problem, bösartige Geschwülste von der Blutbahn aus elektiv zu beeinflussen, hat v. Wassermann einen glücklichen Beitrag geliefert. Bezüglich der bis dahin von anderer Seite erzielten Erfolge kann St. dem Vortragenden nicht beistimmen. In letzter Zeit hat St. wiederholt Geschwulsttiere gezeigt, bei denen es ihm gelungen war, bösartige Geschwülste von der Blutbahn aus elektiv zu beeinflussen. Er konnte nachweisen, daß gewisse Arsenpräparate mit der Abnahme der Toxizität eine große Avidität zu den Sarkomzellen hatten; bei geheilten Hunden heilten auch die metastatisch erkrankten Lymphdrüsen. Es ist das Recht v. Hansemanns, seine Auffassung von den Mäusegeschwülsten kund zu tun; es bestehen aber trotzdem einige Analogien zwischen den Mäusetumoren und den menschlichen Krebsen, die uns wohl berechtigen, gewisse Analogieschlüsse zu ziehen.

Auch beim Menschen sehen wir, daß intravenöse Injektionen mit gewissen Präparaten eine elektive Wirkung auf bösartige Tumoren ausüben. So hat Czerny in einigen Fällen von Sarkom nach Salvarsaninjektion auffällig rasche Rückbildung beobachten können.

Herr **Siegheim**: In den letzten Jahren seiner ärztlichen Tätigkeit, in denen er viel mit Lungenkranken zu tun hatte, ist er bei der Erhebung der Anamnese vielfach auf Beziehungen zwischen Lungenschwindsucht und Krebs in der Aszendenz und Deszendenz gestoßen. Er glaubt daher, daß ein pathologischer Zusammenhang zwischen den genannten Leiden besteht und daß die Schlußfolgerung berechtigt ist: eine Heilmethode für Lungenschwindsucht müsse auch für die Behandlung der Krebskrankheit in Betracht kommen und auch umgekehrt.

Herr **Citron** weist darauf hin, daß es auch andere Lokalisationen der Mäusetumoren, wie z. B. an den inneren Organen, gibt, die sich vielleicht dem menschlichen Typus etwas mehr annähern. Es ist ihm gelungen, bei Mäusen metastatische Tumoren in den verschiedenen Organen experimentell zu erzeugen. C. demonstriert die Präparate in der Idee, daß sich solche Tumoren vielleicht in höherem Grade dazu eignen, gewisse Fragen der Pathologie des Krebses zu lösen.

Nach der Impfungsmethode befragt, erwidert C. Herrn v. Hansemann, daß durch den Magen des narkotisierten Tieres ein mit Tumormassen infizierter Katgutfaden durchgezogen und dann abgeschnitten wurde. Etwa 50 pCt. der Tiere überstanden den Eingriff.

Herr **v. Wassermann** legt im Schlußwort noch einmal den grundlegenden Unterschied zwischen seinen Versuchen und denjenigen der vielen anderen Autoren dar, die sich die Aufgabe gestellt haben, ein Heilmittel gegen Sarkom und Carcinom zu finden. Seine Versuche gipfelten darin, eine chemische Verbindung zu konstruieren, deren einer Teil als Transporteur auf dem Blutwege zu den Tumorzellen den anderen Teil: das zerstörende Mittel trägt, die anderen Zellen des Organismus unbeeinflußt läßt, während es die Tumorzellen in elektiver Weise trifft und zerstört.

Herr **v. Hansemann** (Schlußwort) begründet seine Anschauung von den Mäusetumoren, die er für andersartige Geschwülste als die Menschenkrebse hält. Die einzige Aehnlichkeit mit den menschlichen Geschwülsten haben die Mäusetumoren darin, daß sie echte Geschwülste sind und nicht Infektionsgeschwülste. Im übrigen sind sie von den menschlichen Geschwülsten in ihrer Physiologie, in ihrem anatomisch-histologischen Bau und Verhalten, in ihrer Dignität für den Organismus grundverschieden.

Diagnose chirurgischer Nierenerkrankungen mit Hilfe der Chromocystoskopie.

Herr **Eugen Joseph**: Nachdem Vortragender die Chromocystoskopie jahrelang ausgeübt und eine größere Erfahrung hat sammeln können an den chirurgischen Kliniken in Bonn und Berlin, hält er sich für berechtigt, ein Bild davon zu entwerfen, was die Methode leistet, wie sie imstande ist, andere Methoden zu ergänzen und wo sie als alleiniges Verfahren verwertet werden muß. Was die Handhabung betrifft, so ist sie folgende: Man injiziert dem Patienten Indigkarminlösung, nachdem man ihn 6—8 Stunden vorher hat dursten lassen, und betrachtet im Cystoskop den aus den Ureteren heraustretenden farbigen Harnstrahl. Die Methode ist für den Chirurgen von großem Wert bei der Ermittelung unbestimmter Bauchkoliken. Vortr. demonstriert das Präparat von einer jungen Dame, zu der er wegen Verdachts auf Appendicitis gerufen worden war. Druckschmerz war mehr in der Pylorus- und Gallenblasengegend nachzuweisen. Pat. erbrach alles, hatte aber kein Fieber, ein Tumor war nicht zu fühlen, im Urin fand sich nichts. Beim zweiten Anfall wurde sie in der Klinik cystoskopiert und hier zeigte sich, daß nur die linke Niere einen blauen Harnstrahl entleerte, die rechte gar nichts. Es mußte sich demnach um Koliken der rechten Niere handeln. Die Operation bestätigte dies; es zeigte sich eine beginnende rechtsseitige Hydronephrose. — Ferner ist die Methode wertvoll für alle Tumoren, von denen es unklar ist, ob sie renalen Ursprungs sind, für die Diagnose der Hydronephrosen und Nierencysten. (Beispiele.) Eine geringere Bedeutung hat die Chromocystoskopie für die soliden Nierentumoren (Hypernephrome etc.), die meist früher durch Palpation als durch eine veränderte Nierenfunktion erkannt werden können. In einem Falle von Ureterstenose sah

Vortragender den Harnstrahl in Abständen von 6—8 Sekunden aus dem Ureter herauspuffen.

Die Tuberkulose einer Niere läßt sich sicher durch die Methode feststellen; wichtig ist dabei der Umstand, daß man hier die Ureteroskopie der gesunden Niere, die bei dem Vorhandensein tuberkulösen Materials in der Blase nicht ungefährlich ist, vermeiden kann. Anders ist es bei dem Nachweis der beginnenden Nierentuberkulose; hier hat die Methode ihre Grenzen. Das Gleiche gilt für Pyonephrose. Wertvoll ist die Chromocystoskopie für die Diagnose der Nierensteine. Im Anfall ist der Ureter entweder verschlossen oder es ist eine Funktionsstörung der betreffenden Niere vorhanden. Pyelitis macht nur dann eine Veränderung des chromcystoskopischen Bildes, wenn sie vergesellschaftet ist mit Pyelonephritis; bei eigentlicher Pyelitis ist die chromocystoskopische Reaktion normal. Die Methode hat also ihre Grenzen, sie ist aber imstande, wenn man sie in die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden einreiht, gute Resultate zu geben. (Schluß folgt.)

Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 29. Januar 1912.

Vorsitzender: Herr His.

Tagesordnung:

Zur Kenntnis der Motilitätsprüfung des Magens.

Herr **Boas**: Die bisher üblichen Methoden zur Bestimmung der Magenmotilität sind nicht sehr exakt. Mit am besten hat sich noch die alte Leubesche Probemahlzeit bewährt; wenn der Magen sieben Stunden nach Einnahme derselben leer ist, kann man auf eine gute motorische Funktion desselben schließen, während ein Nichtleersein nach dieser Zeit im allgemeinen auf eine Motilitätsstörung hinweist. Indessen läßt sich die Leubesche Probemahlzeit nach dieser Richtung hin nur im klinischen Betriebe verwerten, bei großer Appetitlosigkeit und Widerwillen gegen Nahrungsaufnahme ist sie kaum anwendbar, und bei einem Magengeschwür ist sie gänzlich ausgeschlossen. Aus diesen Gründen hat Boas eine neue Methode ersonnen, die seiner Ansicht nach den weitgehendsten Ansprüchen auf Exaktheit genügt und zahlenmäßige Werte zu erheben gestattet. Ausgehend von früheren Versuchen von Moritz und v. Mering benutzt Boas durch Chlorophyll gefärbtes Wasser, das er trinken läßt, um nach 30 Minuten zu bestimmen, ob der Magen leer ist, bezw. welche Residualmenge der aufgenommenen Flüssigkeit sich noch exprimieren läßt. Nach der Expression wird der Magen mit einer bestimmten Menge Wasser ausgespült und auf kolorimetrischem Wege festgestellt, wieviel Flüssigkeit er noch enthalten hat. Vergleichende Untersuchungen mit Röntgenverfahren ergaben die Brauchbarkeit und relative Exaktheit der Methode. Er berichtet dann über die Resultate, die er in 130 Fällen mit Hilfe dieser Methode erhalten hat. Bei schweren Stenosen finden sich nach 30 Minuten oft noch Rückstände von 2—300 ccm. Bei Carcinom ist die Motilität nicht immer gestört und abhängig vom Sitz des Tumors. Bei Gastritis chronica und Achylia gastrica fand er in 26 pCt. eine verringerte Motilität. Bei Enteroptose sind noch weitere Untersuchungen nötig. Bei Ulcus war in der Hälfte der Fälle die Motilität normal, in der anderen Hälfte verringert.

Nachdem wir nunmehr eine gute Methode zur Motilitätsprüfung des Magens besitzen, werden wir besser als bisher imstande sein, die Wirkung therapeutischer Maßnahmen nach dieser Richtung hin zu studieren. Mode.

Berliner otologische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 19. Januar 1912.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Krummbein** stellt einen Patienten mit einer **ungewöhnlichen Ohrverletzung** vor. Derselbe war auf den Kopf gefallen, fühlte dann nur etwas Sausen im Ohr und stellte sich deshalb erst nach einigen Tagen zur Untersuchung. Vortr. fand eine geringe eitrige Sekretion im Ohr und von oben eine Perforation mit etwas zerfetzten Rändern, an deren unterem Rande ein Knochenstück zu fühlen war. Die Eiterung sistierte in wenigen Tagen. Das Knochenstück hält Vortr. seiner eigenartigen Form wegen für den luxierten Hammer.

Herr **Ritter** demonstriert ein junges Mädchen von 19 Jahren, das sich einige Jahre vorher bei einem Suicidversuch den **Kehlkopf quer durchtrennt** hatte. Danach ist vollständige Verwachsung des Larynx eingetreten. Der erstbehandelnde Arzt hat von der Tracheotomiewunde aus die Narbe durchtrennt und Pat. dann dem Vortragenden überwiesen. Dieser machte Laryngofissur, exzidierte das Narbengewebe und legte eine Mikuliczsche Glaskanüle ein. Diese liegt schon 6 Wochen, ohne irgendwie zu reizen und soll noch ein Jahr liegen bleiben. Vortragender rät, in solchen Fällen primäre Laryngofissur zu machen und solche Kanüle einzulegen, damit der verletzte Schildknorpel in der richtigen Stellung zusammenheilt.

Herr **Haike** stellt den in der letzten Sitzung mit der Diagnose **Exostose des Promontorium** demonstrierten jungen Mann wieder vor. Er hat ihn inzwischen operiert, fand aber einen großen, tief in die Hirnsubstanz hineingewachsenen Tumor und gab deshalb die Operation unvollendet auf. Auch F. Krause gelang bei einer Nachoperation die Entfernung des Tumors nicht. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Spindelzellensarkom.

Herr **Herzfeld** zeigt eine Patientin mit einer ungewöhnlich großen sehr harten **Perlgeschwulst am Trommelfell**. Dieselbe hatte sich, wie das meist der Fall ist, nach Paracentese entwickelt.

Diskussion:

Herren **Grossmann** und **Wagner** äußern sich zu den vorgestellten Fällen.

Herren **Halle** und **Beyer**.

Herr **Schulze** demonstriert **Gehirn** und **Schläfenbein** von einem Fall von Ohrschuß. Es war Facialislähmung aufgetreten und Blut und Liquor hatten sich entleert. Die Operation ergab eine Fraktur der hinteren Gehörgangswand. Auch im Tegmen tympani fand sich ein gelöstes Knochenstück. Der Bogengang war eröffnet. Zwei große Geschoßsplitter wurden entfernt. Der Fall verlief günstig. Doch trat kurze Zeit später durch eine andere Erkrankung der Tod ein. Das Präparat zeigte nun einige kleinere Knochensplitter an der Hirnoberfläche, die reizlos eingeheilt sind.

Tagesordnung:

Besonderer Zufall bei Punktion der Kieferhöhle.

Herr **Güttich**: Bei einem Fall von Kieferhöhleneiterung wurde vom unteren Nasengang aus punktiert und durchgespült. Dabei entstand sofort eine Anschwellung der Wange und wenige Tage später eine Gasphlegmone, die vom unteren Augenlid bis zur Clavicula reichte. Auf ausgiebige Inzision ging die Phlegmone zurück. Die Kieferhöhle wurde von der Fossa canina aus geöffnet. Dabei zeigte sich die vordere Kieferhöhlenwand sequestriert. Wie Patient nachträglich angab, habe er schon von Jugend auf durch kräftiges Schnauben Luft in die Wange treiben können. Es muß also wohl eine präformierte Knochenlücke bestanden haben, ein Vorkommnis, das an der orbitalen Wand öfter beobachtet worden ist.

Schädigung des Gehörganges durch reine Pfeifentöne mit mikroskopischer Demonstration.

Herr **Röhr**: Zum Referat nicht geeignet.

Max Levy (Charlottenburg).

83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsruhe vom 24.—30. September 1911.

(Fortsetzung.)

Abteilung für innere Medizin.

2. Sitzung

vom Dienstag, den 26. September 1911, nachm.

Vorsitzender: Minkowski (Breslau).

Referent: K. Reicher (Berlin).

Herr **Nourney** (Mettmann): **Zum Wesen der Allergie und deren Bedeutung für die Tuberkulosebehandlung.**

Die Einimpfung erhitzter Lymphe vermag bis ins hohe Alter hinein lokale Allergieerscheinungen auszulösen, während solche abgetötete Lymphe auch bei erwachsenen Erstimpflingen nicht die geringste Lokalveränderung hervorruft. Damit hält N. den Beweis für erbracht, daß die Allergie keine lebenden Infektionserreger zur Auslösung verlangt. Jeder allergischen Erscheinung geht eine Allgemeininfektion voraus. Die tuberkulösen Lokalherde stellt sich N. durch Allergie entstanden vor. Vortr. ist gegen die Erzeugung von Bacillenimmunität mittels Tuberkulin, zieht vielmehr seltene, reaktionslose Tuberkulingaben vor, die nicht gesteigert werden und bloß die allergischen Vorgänge im Körper beeinflussen sollen.

Herr **H. Braus** (Heidelberg): **Mikrokinoprojektionen von in vitro gezüchteten Organanlagen.**

In sehr instruktiven Mikrokinoaufnahmen demonstriert Vortr. das Wachstum und Schlagen eines freipräparierten embryonalen Herzens. Es handelt sich nicht um ein überlebendes, sondern um ein wachsendes, pulsierendes Organ, das sich 7, ja 10 Tage lang nach der Herausnahme aus dem Embryo wachsend erhalten hat. Bei stärkerer Vergrößerung sieht man direkt, wie die einzelnen Zellen sich strecken und wachsen. So lange die Neuriten noch nicht am Herzen angelangt sind, hat man es mit einer muskel- und nervenlosen Anlage des Herzens zu tun, bei dem die Reizleitung mit Sicher-

heit durch Protoplasmafäden besorgt wird. Man kann an diesem Herzen auch eine refraktäre Periode beobachten. In anderen Fällen läßt sich verfolgen, wie der noch gestreckte Herzschlauch extra corpus sich zu krümmen beginnt und die typischen Entwicklungen durchmacht. Die Neuriten entwickeln sich aus dem Neuroblast, wie Pilzfäden aus dem Pilz herauswachsen.

Herr **Lilienstein** (Bad Nauheim): a) **Demonstration des von ihm konstruierten Herzkontrollapparates.**

Vortr. hat seinen Apparat zur synchronen Auskultation für mehrere (10—20) Hörer ausgestaltet, wodurch er für die Zwecke des klinischen Unterrichtes geeignet erscheint. Die Herztöne und Geräusche werden mit genügender Deutlichkeit wiedergegeben, besonders bei Benutzung des Doppelhörers. Der Benutzung der sinnreichen Mikrophoneinrichtung seitens der Studenten muß natürlich eine Ausbildung in der Auskultation vorangehen.

b) **Ueber Behandlung von Kompensationsstörungen mittels peripherer Stauung.**

In ähnlicher Weise wie Tornay hat L. bei Herzaffektionen Erleichterungen nach wiederholtem Abbinden zweier oder dreier Extremitäten mittels der Recklinghausenschen Manschette beobachtet. Bei längerer Anwendung dieser Methode sah Vortr. auch Leberschwellungen und Oedeme bei Kompensationsstörungen zurückgehen.

Herr **Wetterer** (Mannheim): a) **Beitrag zur Kenntnis der biologischen Wirkung der Röntgenstrahlen auf das Wachstum der Pflanzen.**

Im Anschluß an Versuche von Schwarz und H. E. Schmidt hat W. den Effekt von Röntgenbestrahlung auf das Wachstum von Pflanzen studiert. Je größer die Empfindlichkeit einer Zelle, desto schwerer bekanntlich die Schädigung. W. teilte Sonnenblumensamen am 3. Quellungstage in 4 Portionen und 1 Kontrollportion. 1 Portion wurde mit 5 H, 1 mit 10 H, 1 mit 20 H und 1 mit 40 H bestrahlt. Nach Versenkung sämtlicher Portionen in gutem Erdreich unter gleich günstigen Bedingungen sprossen die Kontrollpflanze und die 5 H- und 10 H-Pflanze ziemlich gleichzeitig hervor. Die 20 H-Pflanze kam viel später und zeigte starke Degenerationssymptome, von der 40 H-Pflanze erschien überhaupt nichts. Bei weiterem Wachstum zeigten sich staffelförmige Unterschiede: die Kontrollpflanze wuchs üppig, während die anderen Pflanzen um so mehr im Wachstum zurückblieben, je mehr Röntgenstrahlen ihre Samen erhalten hatten. In der folgenden Generation blaßten jedoch die Unterschiede etwas ab, um in der 3. Generation völlig zu verschwinden.

b) **Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgentherapie.**

Unter 17 Fällen von inoperablem Mammacarcinom beobachtete Vortr. 3 mal Heilung; Skirrhus verhielt sich stets refraktär.

In keinem Falle von Magen- oder Darmcarcinom war auch nur temporäre Besserung zu verzeichnen. Bessere Erfolge erzielte W. bei intra- und subkutanen Tumoren, nämlich in 9 Fällen Dauererfolge. Unter 17 Fällen von inoperablem Sarkom wurden nur 2 gute Resultate erreicht. Chondrome und Osteosarkome sind nicht einmal durch Tiefenbestrahlung beeinflußbar, die überhaupt in ihrer erhofften therapeutischen Bedeutung sehr enttäuscht hat. Viel wichtiger erscheint die Umstimmung der biologischen Eigenschaften der malignen Tumoren; vielleicht ist die Diathermie dazu geeignet. Viel verspricht sich Vortr. auch von der postoperativen prophylaktischen Bestrahlung zum Schutze vor Rezidiven. Bei Menorrhagien und Uterusmyomen ist Röntgentherapie ebenfalls indiziert, allerdings dauert die Behandlung in diesen Fällen sehr lange.

Bei Lymphdrüsentuberkulose erzielt W. um so günstigere Erfolge, je weniger die Verkäsung und Vereiterung vorgeschritten ist. Auch bei Kehlkopftuberkulose sind Heilungen nach Röntgenbestrahlung bekannt.

Herr **Fr. Best** (Heidelberg): **Der Einfluß der Zubereitung der Nahrungsmittel auf ihre Verdaulichkeit.**

Ausgedehnte, äußerst lehrreiche Prüfung der verschiedensten Nahrungsmittel bezüglich ihrer Verweildauer im Magen an Pawlowschen Fistelhunden; zu kurzem Berichte leider ungeeignet.

Herr **Fr. Fischler** (Heidelberg): **Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Leber.**

Durch eine Vereinfachung der Operation der Eckschen Fistel gelang es Fischler, an einer großen Anzahl von derartig operierten Tieren Beobachtungen über den Kohlehydrat-, Fett- und Eiweißstoffwechsel anzustellen.

Tiere mit Eckscher Fistel werden nicht leichter alimentär glykosuriert als normale (geprüft für Dextrose); wenn man ihnen zur Eckschen Fistel auch noch das Pankreas exstirpiert, so tritt ein typischer Pankreasdiabetes auf (Versuche gemeinsam mit Michaud).

Die Leber ist also nicht in integrierender Weise mit dem Kohlehydratstoffwechsel verknüpft.

Fett vertragen Tiere mit Eckscher Fistel in beliebiger Menge; im Urin ließ sich dabei nie Aceton oder Acetessigsäure nachweisen. Nach der Pankreasexstirpation verfettet die Leber in typischer Weise. Das Blutserum Eckscher Tiere ist nach Fütterung aber nie milchig getrübt. Ausnützungsversuche über Fett im Kot sind noch im Gange.

Nach Fleischfütterung Eckscher Tiere tritt nach längerer oder kürzerer Zeit die bekannte Intoxikation auf. Das hängt vom Ernährungszustand der Tiere ab. Nur magere Tiere unterliegen der Intoxikation leicht.

Die Amidosäuren sind bei Eckschen Tieren häufig vermehrt (Formoltitration), doch läßt sich ein Zusammenhang mit Intoxikationszuständen nicht mit Sicherheit nachweisen.

Durch inneren Eiweißabbau läßt sich eine Intoxikation nicht hervorrufen (P-Vergiftungen). Die Eckschen Tiere vertragen viel mehr P als normale, werden später ikterisch, scheiden sehr viel Amidosäuren und enorme Mengen NH_3 aus.

Die Fleischintoxikation läßt sich beseitigen durch Säuregaben und vermindern, wenn gleichzeitig mit dem Fleisch Säure gegeben wird. Daraus ergibt sich, daß die Intoxikation bedingt wird durch einen Zustand relativen Alkaliüberschusses, durch eine Alkalosis.

Die Funktion der Leber besteht also darin, den Alkali-Säurehaushalt des Körpers zu regulieren. (Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Das Kind in Brauch und Sitte der Völker. Völkerkundliche Studien von Dr. **Hch. Ploss.** Dritte, gänzlich und stark vermehrte Auflage. Herausgegeben von Dr. phil. B. Renz. Mit 230 Abbildungen im Text. Erster Band. Leipzig 1911, Th. Griebens Verlag. Preis: brosch. 12 M., geb. 14 M.

Vor 20 Jahren erschien die vorhergehende Auflage „des Kindes", noch von Ploss selbst besorgt. Wenige Jahre später verschied Ploss. Während ein anderes Werk dieses Autors, „Das Weib in der Natur- und Völkerkunde", wiederholt neu aufgelegt werden konnte, hat das vorliegende Buch zwar viel Anerkennung, aber weniger Verbreitung gefunden. Dr. phil. B. Renz hat es jetzt unternommen, die vorliegenden Studien neu herauszugeben. — Das Buch bietet neben der sehr umfangreich gewordenen psychologisch-pädagogischen Literatur eine schätzenswerte völkerkundliche Ergänzung. — Das ethnographisch-ethnologische Material hat sich durch die großen und ergiebigen Forschungsreisen der letzten Jahrzehnte ganz erstaunlich vermehrt, wodurch unsere diesbezüglichen Kenntnisse ungemein erweitert und vertieft worden sind. Daher mußte das ursprüngliche Plossche Werk einer eingehenden, umfangreichen Umarbeitung und Neubearbeitung unterzogen werden. Den Arzt, zumal den Kinderarzt und Frauenarzt, wie auch den Sozialökonomen werden besonders die Abschnitte über Pflege und Ernährung des Neugeborenen und Säuglings, über Geburt und Wochenbett, über Kindersterblichkeit, Kindermord und Kinderaussetzung etc. interessieren. — Als willkommene Neuerung sind die zahlreichen Abbildungen zu begrüßen, die dem Verfasser von den verschiedensten Seiten dankenswerterweise zur Verfügung gestellt wurden. Der zweite Band soll in kürzester Frist erscheinen.

Das proletarische Kind. Eine Monographie von **Otto Rühle.** Verlag von Albert Langen (München). Geheftet 3 M., in Leinen gebunden 4,50 M.

„Die Literatur ist reich an Werken, die Aufschluß geben über die Entwicklungsbedingungen des werdenden Menschen und alle Phasen der Entwicklung, die die Generationen in ewiger Verjüngung durchlaufen. Aber die Darstellung hat immer nur den Nachwuchs der bürgerlichen Klasse im Auge." Verf. hat deshalb den Versuch gemacht, „unter Zugrundelegung zahlreicher Vorarbeiten und unter teilweiser Heranziehung früherer, jetzt vergriffener Publikationen, eine Gesamtdarstellung von Tatbeständen, Verhältnissen und Bedingungen zu geben, die sich auf Entwicklung des proletarischen Kindes beziehen". Trotz mancher tendenziöser sozialpolitischer Schilderung dürfte das Buch das Interesse aller hervorrufen, die sich mit Kinderfürsorge beschäftigen und zu denen in erster Linie die Aerzte, insbesondere Hygieniker und Kinderärzte, zu zählen sind. R.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Eine **Entscheidung des ärztlichen Ehrengerichtshofs**, betr. die geschäftliche Verbindung eines Arztes mit gewerblichen Unternehmungen

zwecks Reklamebetriebs für diese (vom 16. Oktober 1911) ist im „Ministerialbl. für Medizinalangelegenheiten" (1912, No. 2) publiziert. Der Angeschuldigte war vom Ehrengericht der Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und dem Stadtkreis Berlin mit einem Verweise bestraft worden. Das Urteil wurde vom Ehrengericht bestätigt. Die Begründung, die der Ehrengerichtshof seiner Entscheidung gibt, ist von prinzipieller Bedeutung, doch können wir sie aus Raummangel hier nicht abdrucken und müssen die Interessenten daher auf die angegebene Quelle verweisen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Einem Schlaganfall erlegen ist in der vorigen Woche der außerordentliche Professor der Geschichte der Medizin Dr. Julius Pagel, seit 21 Jahren Vertreter seines Faches an der hiesigen Universität. 1851 in Pollnow geboren, hatte Pagel in Berlin studiert und 1876 die ärztliche Approbation erworben. Er übte darauf in Berlin die ärztliche Praxis aus, gleichzeitig in städtischen Diensten eine Reihe von Jahren als Armenarzt und zuletzt als Schularzt tätig. Daneben widmete er sich in den Stunden seiner Muße mit solchem Erfolg medizinhistorischen Forschungen, daß er 1891 als Privatdozent für dieses Fach zugelassen wurde. 1898 erhielt er den Professortitel, 1902 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt. Der Verstorbene, der sich großen und verdienten Ansehens bei seinen engeren Fachgenossen erfreute, war ein ungemein fleißiger Schriftsteller; seine Arbeiten als Forscher beziehen sich vorwiegend auf die mittelalterliche Geschichte der Medizin, wobei er mehrfach verloren geglaubte oder vorher unbekannte Handschriften entdeckte. An der Universität und in seinen Schriften vertrat Pagel außerdem die ärztliche Propädeutik, d. h. Methodologie und Deontologie (Ethik) der Medizin. Von einschlägigen Publikationen des Verfassers seien erwähnt die „Einführung in das Studium der Medizin" und die „medizinische Deontologie". An größeren Werken auf seinem eigentlichen Gebiete schrieb Pagel: „Einführung in die Geschichte der Medizin", „Geschichte der Medizin im 19. Jahrhundert", „Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte des 19. Jahrhunderts". Ferner war er Mitherausgeber und Mitarbeiter des großen „Handbuches der Geschichte der Medizin" (mit Neuburger). — Pagel beteiligte sich rege an den ärztlichen Standesangelegenheiten; er war eine Reihe von Jahren hindurch Mitglied der Aerztekammer und seit einigen Jahren Bibliothekar der Berliner Medizinischen Gesellschaft. Endlich war er Mitbegründer und zweiter Vorsitzender der Gesellschaft für Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften und Mitredakteur der der Geschichte und Geographie der Medizin gewidmeten internationalen Zeitschrift „Janus". Sein Name wird als der eines unermüdlichen und erfolgreichen Arbeiters auf dem Gebiete der Medicohistorie weiterleben.

— Im Alter von 72 Jahren starb hierselbst einer der angesehensten Psychiater der Reichshauptstadt Geh. Sanitätsrat Dr. Hermann Jastrowitz. 1839 geboren, war er aus äußeren Gründen zunächst einige Jahre Kaufmann gewesen, hatte aber dann, nachdem er sich als Autodidakt weitergebildet und die Reifeprüfung abgelegt hatte, dem Studium der Medizin zugewandt, das er 1866 beendete. Nachdem er darauf einige Jahre Assistent an der Nervenklinik und der psychiatrischen Abteilung der Charité unter Westphal gewesen war, wurde er dirigierender Arzt der bekannten „Maison de Santé" und später konsultierender Arzt an der Heilanstalt Berolinum. Jastrowitz hat eine große Anzahl von Einzelarbeiten aus der Neurologie und Psychiatrie veröffentlicht, die wegen ihrer kritischen Exaktheit von seinen engeren Fachgenossen sehr geschätzt wurden. U. a. veröffentlichte er zusammen mit Leyden Studien über die Anatomie des Gehirns. Bis in die letzte Zeit tätig, war Jastrowitz auch als Obergutachter in einschlägigen Fragen der versicherungsmedizinischen Rechtsprechung sehr angesehen. In allen wissenschaftlichen Gesellschaften (wie kürzlich noch in der Medizinischen Gesellschaft) war er ein gern gehörter Redner; der Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde, dessen Schriftführer er seit vielen Jahren gewesen, hatte ihn anläßlich seines 70. Geburtstages zum Ehrenmitglied ernannt.

— Dem Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. med. Rudolf Salzwedel, Vorsteher der sanitätspolizeilichen Abteilung der Kaiser Wilhelms-Akademie für militärisches Bildungswesen in Berlin, ist die nachgesuchte Dienstentlassung unter Verleihung des Charakters als Generalstabsarzt erteilt worden. An seiner Stelle wurde der Oberstabsarzt z. D. Dr. med. Kurt Roscher zum Vorstand der sanitätspolizeilichen Abteilung der genannten Akademie ernannt.

Freiburg i. B. Der Privatdozent der Rhinolaryngologie Dr. Otto Kahler in Wien ist als Nachfolger Killians an die hiesige Universität berufen worden.

Heidelberg. Geheimrat Prof. Dr. Czerny ist zum ständigen Ehrenvorsitzenden der Internationalen Vereinigung für Krebsforschung ernannt worden.

Budapest. Dr. Karl Engel hat sich für Blut- und Stoffwechselkrankheiten habilitiert.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der 8. **Kongreß der Deutschen Röntgen-Gesellschaft** findet unter dem Vorsitz von A. Köhler (Wiesbaden) am Sonnabend den 13. April (Projektionsabend) und am Sonntag den 14. April (Haupttag) d. J. im Langenbeckhause zu Berlin statt. Vorträge und Demonstrationen werden bis zum 1. März d. J. an den Schriftführer der Gesellschaft Dr. Immelmann, Berlin W. 35, erbeten.

— Der 11. Kongreß der **Deutschen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie** findet am Dienstag, den 9. April, in Berlin im Langenbeckhause, Ziegelstr. 10/11, statt. Eröffnung vormittags 9 Uhr. Eine Projektionssitzung findet schon am Montag, den 8. April, abends 8 Uhr, im Langenbeckhause statt. Hauptthema: „Die Behandlung der Kinderlähmung". Prof. Dr. Paul Krause (Bonn) wird einleitend referieren über: „Symptomatologie, Pathogenese, interne Therapie der akuten epidemischen Kinderlähmung"; im Anschluß daran Prof. Dr. Fritz Lange (München) über: „Die orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung". Anmeldung von Vorträgen bis 17. Februar bei Prof. H. Gocht, Halle a. S., Hedwigstr. 12.

Gerichtliches.

Berlin. Eine Verhandlung, die wieder einmal zeigte, in welche Fährlichkeiten heutzutage ein Arzt ohne sein Verschulden bei der Ausübung seines schweren Berufes geraten kann, beschäftigte in der vorigen Woche die erste Strafkammer des hiesigen Landgerichts. Es handelte sich um die Frage, ob ein Arzt eine Operation an einer Minderjährigen ohne vorherige Erlaubnis der Eltern vornehmen darf.

Wir folgen im Nachstehenden dem Bericht der „Voss. Ztg.".

Der praktsche Arzt und Spezialarzt für Chirurgie Dr. Eckstein war wegen **Körperverletzung** angeklagt. Als Sachverständige waren zu dem Termin geladen u. a. Prof. Ritter, der frühere Leiter der Poliklinik in Greifswald und jetzige Leiter des städtischen Krankenhauses in Posen, und Geh. Medizinalrat Dr. Strassmann. Der Anklage lag folgender Tatbestand zugrunde:

Ein 17 jähriges hysterisches Mädchen wurde von Dr. Ehrenreich wegen eines Magenleidens behandelt und dann wegen einer Narbe an der Brust, die einen operativen Eingriff erforderte, zu Dr. Schlesinger geschickt. Der operative Eingriff wurde mit Wissen und unter Zustimmung der Mutter des Mädchens vorgenommen. Dr. Schlesinger hielt dann eine weitere Behandlung durch den jetzt angeklagten Dr. E. für zweckmäßig, der auf dem Gebiete der Paraffininjektion als Autorität gilt. Der Angeklagte, dem das Mädchen mit einem Briefe des Dr. Schlesinger zugeschickt worden war, nahm natürlich an, daß es sich um die Fortsetzung der von Dr. Schl. mit Einwilligung der Eltern vorgenommenen Behandlung handelte, und da auch das Mädchen die Einwilligung zur Operation nicht versagte, so nahm er diese durchaus kunstgerecht unter Anwendung der Chloroformnarkose vor. Da das Mädchen im Anschluß daran unter starker Gemütsdepression litt, wurde sie von den Eltern in die Greifswalder Poliklinik gebracht, und dort wurde das Paraffin wieder aus der Brust entfernt. Für Dr. E. hatte der Vorgang einen nun schon drei Jahre währenden Kampf zur Folge. Die Eltern des Mädchens gingen zunächst mit einer Anzeige gegen ihn vor und ließen durchblicken, daß Dr. E. die Chloroformierung, nach den Mitteilungen ihrer Tochter, wahrscheinlich nur zu unsittlichen Zwecken vorgenommen habe. Die Staatsanwaltschaft faßte diese Anzeige auch sehr ernst auf, die Ermittelungen ergaben aber sofort ihre absolute Unhaltbarkeit. Die Mutter des Mädchens mußte aber bei der jetzigen Verhandlung zugeben, daß ihre Tochter ihr gar nicht derartige Mitteilungen gemacht habe, so daß nach Ansicht des Verteidigers eine wissentlich falsche Anschuldigung vorlag. Darauf strengten die Eltern einen Zivilprozeß gegen den Angeklagten an, weil er sich einer Körperverletzung schuldig gemacht habe, da er ohne ihre Erlaubnis eine Operation unter Chloroformnarkose an ihrer Tochter vornahm. Sie erhoben einen Entschädigungsanspruch in Höhe von 20 000 M. Der seit drei Jahren schwebende Zivilprozeß ist vom Reichsgericht dem Grunde nach zuungunsten des Arztes entschieden worden. Der Zivilsenat des Reichsgerichts nahm an, daß der Angeklagte sich einer Körperverletzung schuldig gemacht habe, weil er an einer Minderjährigen einen operativen Eingriff vorgenommen, ohne nach der Einwilligung der Eltern zu fragen. Die vernommenen Sachverständigen waren übereinstimmend der Meinung, daß sie bei einer Sachlage, wie sie hier vorlag, ein erwachsenes

Mädchen im Alter von 17 Jahren auch nicht nach der Einwilligung der Eltern gefragt haben würden, daß sie es aber nun nach dem Reichsgerichtserkenntnis tun würden. Geh.-Rat Prof. Dr. Strassmann erklärte u. a.: Bei einer nicht verfügungsfähigen Person müsse der Arzt natürlich die Genehmigung der Eltern zu einer solchen Operation einholen, er glaube aber nicht, daß die Verfügungsfähigkeit mit der Mündigkeit zusammenfallen müsse. Hier handle es sich um ein 17 jähriges Berliner Mädchen, das man doch schon als eine erwachsene und verstandeskräftige Person ansehen müsse. Der Staatsanwalt aber hielt die Anklage aufrecht und beantragte 300 M. Geldstrafe. Der Verteidiger hielt eine Freisprechung für durchaus geboten. Es handle sich hier doch nur um die Fortsetzung einer von Dr. Schlesinger unter Zustimmung der Eltern vorgenommenen Operation und der Angeklagte habe annehmen können, daß auch hierzu die Einwilligung der Eltern vorlag. Auch das Mädchen habe stillschweigend seine Einwilligung zur Narkose und Operation gegeben und nach der Entscheidung des Reichsgerichts komme es auf die Prüfung an, ob die Einwilligung nach den persönlichen Fähigkeiten und Zuständen der noch jugendlichen Person rechtliche Beachtung verdient, d. h. ob die Einwilligende zur Zeit der Tat die zutreffende Beurteilung und ausreichende Würdigung der gegen sie gerichteten Handlung besaß. Dies sei aber hier durchaus der Fall.

Das Gericht erkannte nach kurzer Beratung auf Freisprechung, wenn es auch als erwiesen annahm, daß die Eltern zur Operation nicht ausdrücklich ihre Genehmigung erteilt hätten. Das Reichsgericht habe sich im Zivilprozeß auf den Standpunkt gestellt, daß zur Vornahme einer Operation bei einer Minderjährigen unter allen Umständen die Genehmigung der Eltern erforderlich sei und, wenn sie fehle, eine Körperverletzung vorliege. Auf diesem Standpunkt stehe die Strafkammer nicht, insbesondere nicht, wenn es sich, wie hier, um ein 17 jähriges Mädchen handelt. Außerdem sei dem Angeklagten das Mädchen von einem anderen Kollegen zur Operation zugeschickt worden, und er konnte daher wohl annehmen, daß dies mit Einwilligung der Eltern geschah. Es liege deshalb auch keine Fahrlässigkeit vor.

— Ein bemerkenswerter **Honorarprozeß** beschäftigte vor kurzem das hiesige Amtsgericht Berlin-Mitte. Es handelte sich um das Honorar für eine Blinddarmoperation, die der Kläger, einer der hervorragendsten Berliner Chirurgen, an dem siebenjährigen Sohne des Beklagten, eines wohlhabenden Mannes von mindestens 12 000 M. Jahreseinkommen, vornahm. Erst sollte sie 800 M. kosten, dann wurde das Honorar freiwillig von dem Kläger auf 550 M. (einschließlich Nachbehandlung) ermäßigt, während der Vater nur 330 M. bezahlen wollte. Er wurde jedoch entsprechend dem Klageanspruch zur Zahlung von 550 M. verurteilt. Das Amtsgericht führte in seinen Entscheidungsgründen u. a. aus: Es ist allgemein bekannt, daß erste ärztliche Autoritäten, zu denen der Kläger unstreitig zählt, regelmäßig Honorare beanspruchen, die erheblich über die Höchstsätze der Gebührenordnung hinausgehen. Wer sich um Rat und Hilfe an eine solche ärztliche Autorität wendet, muß sich darüber klar sein, daß er außergewöhnliche Honorarforderungen zu erwarten hat und das Honorar wird bewilligen müssen, das dieser Arzt in ähnlichen Fällen von Patienten in gleich guter Vermögenslage regelmäßig fordert und erhält; für eine Operation also 800 bis 1000 M. Eine derartige ärztliche Autorität kann auch voraussetzen, daß derjenige, der seinen Rat, seine Hilfe und seine begreiflicherweise sehr kostbare Zeit in Anspruch nimmt, ohne sich zuvor über die Honorarfrage zu informieren, in der Vermögenslage sein muß, dasjenige Honorar zu zahlen, das andere Patienten Chirurgen vom Ruf des Klägers in analogen Fällen zu bewilligen pflegen, zum mindesten aber den höchsten Satz, den die betreffende Position der Gebührenordnung zubilligt."

Verschiedenes.

Berlin. Das Verzeichnis der in den Universitätsferien vom 4. bis 30. März d. J. stattfindenden regulären **Kurse der Dozentenvereinigung zu Berlin** ist erschienen und von Herrn Melzer (Berlin N., Langenbeckhaus, Ziegelstr. 10/11) zu beziehen. Außerdem veranstaltet die Vereinigung Gruppenkurse und Einzelvorträge. Erstere umfassen Demonstrationen aus einem bestimmten Spezialgebiet nebst Besprechungen und praktischen Uebungen und erstrecken sich über die vier Tage vom 1. bis 4. April 1912, letztere finden während des Monats März, abends zwischen 8 und 9 bezw. 9½ Uhr im Auditorium des Pathologischen Museums der Charité statt. Zwei Kurse finden diesmal statt und zwar: 1. Kursus der bösartigen Geschwülste mit besonderer Berücksichtigung der Frühdiagnose; 2. Kursus der Erkrankungen der Harnorgane (Honorar für jeden dieser Kurse 20 M.). Einzelvorträge sind 13 vorgesehen; das Honorar für diesen Zyklus beträgt 3 M. Das genauere Programm ist ebenfalls durch Herrn Melzer zu erhalten.

St. Petersburg. Die russische Duma hat ein Gesetz über die **Arbeiterkrankenversicherung** in 3. Lesung angenommen.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung

betr. Abschaffung der staatlichen Prüfung für Heilgehilfen und Masseure.

Der Herr Minister des Innern hat durch Erlaß vom 4. v. M. — M. 6069 — bestimmt, daß in Zukunft staatliche Prüfungen für Heilgehilfen und Masseure nach den Vorschriften vom 18. Februar 1903 (Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten, S. 96) nicht mehr abzuhalten und entsprechende Zeugnisse nicht mehr zu erteilen sind, da in den erforderten Berichten allgemein anerkannt ist, daß ein großer Teil der Hilfstätigkeit, welche die staatlich geprüften Heilgehilfen und Masseure ausüben sollen, von den staatlich anerkannten Krankenpflegepersonen geleistet wird, und daß deren Ausbildung die überwiegende Mehrzahl der im Befähigungszeugnisse der Heilgehilfen und Masseure aufgeführten Fähigkeiten in sich schließt.

Hiernach tritt der § 1 der Heilgehilfenordnung für den Landespolizeibezirk Berlin vom 11. April 1903 — I Aa. 1199/03 — außer Kraft.

Berlin, den 26. Januar 1912.

Der Polizeipräsident.
In Vertretung: Friedheim.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte**, sondern nur **einzelne Stellen** darin gesperrt. Näheres s. „große" Cavetetafel in „Aerzt. Mitt." oder „Aerztl. Vereinsbl."

Verb. z. W. d. Int. d Deutsch. Betr.-K.-K. (Rh.-Westf -B.-K.-K.-V.), Essen-Ruhr

Aachen
Angermünde
Annweiler i. Pfalz
Aumenau i. H -N.
Baruth-Kleinsaubernitz i. Sa.
Berlin
Bieber, Kreis Offenbach am Main
Bocholt i. Westf.
Bremen
Breslau
Burgschwalbach
Canth, Bez. Breslau
Domnau i. Ostpr.
Dornheim i. Hessen
Drusenheim, U.-Els
Eberswalde i. Brdbg.
Ehrang, Bez. Trier
Emden
Erkelenz, Rhld.
Falkenberg b. Ahrensfeld.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Cöln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, Reuß, Textil-B.-Kranken-Kasse
Groß-Schönebeck i. M.
Groß-Wanzer i. Altmark
Halle a. S.
Hamburg, B.-K. f. Staatsangestellte
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Herbrechtingen i. Wttbg.
Heydekrug (Ostpr.)
Jugenheim i. Rheinl.
Kassel-Rothenditmold
Kemel in Hess.-Nassau
Kettwig, Ruhr
Kirchberg, Jagst
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Köln-Deutz
Kupferhammer b. Ebersw.
Lachen, Bez.-A. Neustadt a. H.
Leitzkau (Prov. Sa.)
Ludwigshafen
Malchin i. Mecklenbg.
Mohrungen, O.-Pr.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Munster i. Hann.
Nackenheim i. Rheinh.
Neustadt, Wied
Neustettin i. Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Oberhausen i. Rhld.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg-Bralitz i. Mark
Pattensen i Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plettenberg i. Westf.
Puderbach, Kreis Neuwied
Pulsnitz i. Sachsen
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenburg, O.-Pr.
Recklinghausen i. W.
Rehau
Reibersdorf i. Sa.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Rothenkirchen-Pressig, Oberfr.
Sachsa Bad i. Thür.
Sachsenhausen i. Mark
Schmiedeberg, Bad (Prov. Sachsen)
Schnevertingen, Hann.
Schornsheim, Rheinh.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schwandorf i. Bayern
Bad Schweizermühle, Sächs. Schweiz
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stockstadt, Rh.
Stolpe a. O.
Stommeln, Rhld.
Strausberg i. Mark
Straßbessenbach bei Aschaffenburg
Strehla a. Elbe
Tempelburg i. Pomm.
Unterschwarzach i. Ba
Wallhausen b. Kreuznac.
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Cöln
Weßling, O.-Bayern
Wiesbaden
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zingst i. Pomm.
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Mangelhafter Stoffumsatz
Skrofulose — Rachitis
Pädatrophie
Laryngospasmus
Anämien — Chlorose
Phosphaturie
Neurasthenie
Funktionelle Neurosen
Psychasthenie
Hysterie
Rekonvaleszenzen
Kachexien

PHYTIN

aus Pflanzensamen gewonnene Phosphorverbindung mit ca 22% organisch gebundenem, leicht assimilierbarem Phosphor.

Hauptphosphorreservestoff der grünen Pflanze — Dosis 1 g pro die —

Rp: 1 Original-Schachtel Phytinkapseln (40 caps. operc. à 0,25) **M 3.—**
Pharm. oeconom.: Rp: 1 Original-Tropfglas **Phytin. liqu.** (ca. 6 Tage reichend) **M 1.20**

FORTOSSAN

Phytin-Milchzuckerpräparat für Säuglinge und Kinder unter 2 Jahren
Rp: 1 Original-Packung Fortossan **M 1.60**

CHININPHYTIN Salz der Chinabase mit der Phytinsäure, wirkt nicht deprimierend auf den Stoffwechsel
In $1/2$ Original-Gläsern zu 25 versilberten Tabletten à 0,1 **M 1.10**
„ $1/1$ „ Gläsern zu 50 „ „ à 0,1 **M 2.—**

GESELLSCHAFT FÜR CHEM. INDUSTRIE IN BASEL · Pharmac. Abteilung · CIBA

GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE INDUSTRIE IN BASEL, PHARMAZEUT. ABTEILUNG
Adresse für Deutschland: Leopoldshöhe (Baden).

Paul MaGoDs

Neuheiten sind bekannt
Stets Gelegenheitskäufe in ärztl. Instr., App. etc.
Berlin N 49, Linienstr. 155

VERONAL

Durchaus zuverlässig u. angenehm wirkendes **Hypnotikum** u. **Sedativum,** bei entsprech. Dosierung **völlig unschädlich.**

In Form des leicht löslichen

Veronal=Natrium

auch zur subkutanen und rektalen Anwendung geeignet.

Für internen Gebrauch:

Veronal u. Veronal=Natrium
in Tabletten à 0,5 g.

Literatur zur Verfügung.

E. MERCK=DARMSTADT.

Tinctura Ferri Athenstaedt

0,2% Fe

Altbewährtes tonisierendes Roborans bei Anämie, Chlorose und Schwächezuständen. — Absolut frei von jeglicher schädlichen Nebenwirkung auf Magen und Darm.

Originalflaschen von 500 u. 1000 g Inhalt M. 2,— und 3,50.

In Fällen, wo eine alkoholfreie Medikation angezeigt ist verordne man

ATHENSA
(Tinctura Ferri Athenstaedt sine Alkohol)

Originalflaschen von 500 g Inhalt M. 1,25. Ferner empfohlen:

Tinctura Ferri Athenstaedt arsenicosa
(0,2% Fe + 0,004% As_2O_3)

Tinctura Ferri Athenstaedt cum Tinct. Chinae
(0,2% Fe und die wirksamen Bestandteile von Cortex Chinae succi rubr.)

Arsen-Athénsa
(0,2% Fe + 0,004% As_2O_3)

Athenstaedt & Redeker, Chem. Fabrik, Hemelingen bei Bremen.

Ständige Ausstellung unserer Fabrikate im Kaiserin Friedrich-Hause, Berlin NW. 6, Luisenplatz 2—4.

Natürliches Karlsbader Sprudelsalz

ist das allein echte Karlsbader Salz.
Vor Nachahmungen und Fälschungen wird gewarnt.

Die Bor- u. Lithium-hältige natürliche eisenfreie Heilquelle

SALVATOR

bewährt sich vortrefflich bei **Nieren-** und **Blasenleiden, Harngries, Harnbeschwerden, Rheuma, Gicht, Zuckerharnruhr, Scharlach,** sowie bei **Catarrhen** der **Athmungs-** und **Verdauungsorgane.**

HARNTREIBENDE WIRKUNG! LEICHT VERDAULICH! ABSOLUT REIN!

Käuflich in Mineralwasserhandlungen u. Apotheken. **August Schultes** Szinye-Lipóczer Salvatorquellen-Unternehmung Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

Chologen

Hervorragende langjährige Erfolge bei der Behandlung der
Cholelithiasis
nach Dr. ROB. GLASER, MURI (Aargau)

Nucleogen

Organisches
Phosphor-Eisen-Arsen-Präparat
Seit Jahren bewährt bei: **Anämie, Chlorose Erschöpfungszuständen, Scrofulose, Rachitis.** — Ersatz für Phosphorleberthran

Eusemin

Im Autoclaven sterilisierte
Cocain-Adrenalin-Lösung
Gebrauchsfertiges, steriles, ungiftiges, unbegrenzt haltbares Localanaestheticum

Fulmargin

Durch electrische Zerstäubung hergestellte
stabilisierte colloidale Silber-Lösung
zur intravenösen und intramusculären Injection in sterilisierten Ampullen

Nähmaterial

nach Prof. Dr. Karewski. — Ständige Kontrolle durch Prof. Dr. Leonor Michaelis.
Aseptisch, dauernd steril und gebrauchsfertig.
Sichere Verhütung der Catguteiterung

Phagocytin

Im Autoclaven sterilisierte Lösung von
nucleinsaurem Natrium
Zur intramusculären Injection
Anregung der Leucocytose, Prophylaxe bei Infectionskrankheiten

Physiolog.-chemisches Laboratorium Hugo Rosenberg Berlin-Charlottenburg 4.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang **Berlin, 17. Februar 1912** **No. 7**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Dr. ERNST SANDOW'S

künstl. Mineralwassersalze:

Biliner, Emser, Fachinger, Friedrichshaller, Homburger, Karlsbader, Kissinger, Marienbader, Neuenahrer, Ofener, Salzbrunner, Salzschlirfer, Sodener, Vichy, Wiesbadener, Wildunger und viele andere.

Augenbäder (mit künstl. Emser Salz) zur Heilung und Verhütung äußerer katarrhalischer und entzündlicher Augenerkrankungen, sowie zur Pflege der Augen.

Brausesalze:

Alkalizitrat (für Diabetiker), Bromsalz, Brom-Eisensalz; Chinin-Eisenzitrat, Eisensalze, Jodsalze, Lithiumsalze, brs. Karlsbader Salz, Magnesiumzitrat, Selters-Erfrischungssalz usw.

Fruchtsalz,

ein erfrischendes, beruhigendes und vorteilhaft die Verdauung regelndes Mittel.

Kohlensäure-Bäder

haben sich am längsten bewährt und bleiben noch heute die einfachsten und **billigsten.**

Langsame, stetige Gasentwicklung.

Kohlensäure-Bäder aller Systeme, auch natürliche, greifen emaillierte und Metallwannen an. Um dies bei meinen Bädern zu vermeiden, gebrauche man meine Schutzeinlage.

Sauerstoff-Bäder.

Nachahmungen meiner Salze sind oft minderwertig und dabei nicht billiger.

Ständige Ausstellung im Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin. **Dr. Ernst Sandow, Hamburg 30.**

Vorzüglich gegen Dysenterie.

UZARA

Liquor.
Tabletten.
Suppositorien.

Antidiarrhoikum. • • Antidysmenorrhoikum.

Kein Tannin- und kein Opium-Präparat.
Keine Verstopfung. Tonisierend.

Uzara-Gesellschaft, G. m. b. H., Melsungen (Hessen-Nassau).

Marke



SICHELSTERN
Gegr. 1889.

Antiseptisches Mundwasser

à Flasche M. 1,25 u. M. 2.75

Antiseptisches Zahnpulver à Dose M. 0,80

Den Herren Aerzten Vorzugspreise.

Man verlange **Probeflaschen gratis** und **franko** vom chemischen Laboratorium

Dr. W. Poetsch, Berlin W. 88, gegenüber dem Kgl. Schauspielhause.



Thymobronchin bei Husten, Influenza, Keuchhusten. Gesetzl. gesch.

Ein wohlschmeckendes Thymianpräparat m. 0,6% Bromgehalt, in Verbindung mit therapeutisch bewährten Heilkräutern, frei von Giften.

Specificum gegen Keuchhusten, Bronchial-Asthma, Influenza- und Masern-Bronchitis.

Preis **M. 2,25,** trotzdem Inhalt ca. **330 g,** Kassenpackung **M. 1,00.** -:- -:- Probeflaschen, Literatur, Analyse, gratis.

Mohren-Apotheke, Leipzig IV.

Magen- und Darmleidende

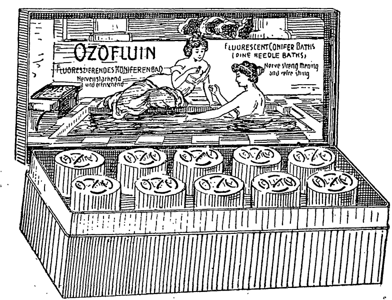
können ohne Bedenken den coffeïnfreien „Kaffeehag" trinken, da er zufolge der Reinigung und Entfettung, die er im Extraktionsverfahren durchmacht, außer dem Coffeïn noch die Staubteile, Häutchen, ranzig werdenden Fette etc. verliert, die auf Magen und Darm ungünstig wirken. Der coffeïnfreie „Kaffeehag" wird von Aerzten allgemein verordnet und ist in allen einschlägigen Geschäften schon von 70 Pfg. pro Paket an erhältlich.

Fluoreszierende Koniferenbäder

OZOFLUIN

Patentamtlich geschützt.

Ein neues Badeingredienz in Griesform.



Prämiiert: Internat. Hygieneausstellung Dresden 1911. Hygiene- u. Sportausstellung Mailand 1911.

Ozofluin erregte auf den Ausstellungen die Anerkennung und Bewunderung von Aerzten aller Länder. Es wird allgemein als das Beste bezeichnet, was auf diesem Gebiete überhaupt geleistet werden kann.

Ozofluin ist ein handliches, leicht lösliches, granuliertes Badepräparat aus den Zweigspitzen der Edelkoniferen vom Jura, Tirol und Schwarzwald zur Herstellung eines angenehm erfrischenden Koniferenbades mit Fluoreszenz an Stelle der gewöhnlichen Fichtennadelbäder.

Ozofluin ist ein vorzügliches „Remedium adjuvans" von suggestiver Wirkung. In den meisten Sanatorien des In- und Auslandes beständig im Gebrauch.

Originalkarton à 10 Vollbäder . . Mk. 6.—
„ à 5 „ . . „ 3,50
Einzelne Patronen . . . . . . „ 0,75

In den Apotheken erhältlich.

Größere Packungen à 50 und 100 Stück für Aerzte, Kuranstalten, Badeanstalten, Sanatorien zu Spezialpreisen — Muster zu Versuchszwecken stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Ozofluin-Centrale Basel
St. Johannvorstadt 72.

Dr. Trainer's Yoghurt-Tabletten, fertig z. Genuß, M. 1,75 u. M. 3,—, 3× tägl. 1 Tabl.

Dr. Trainer's Yoghurt-Maya-Ferment zur Herstellung von Yoghurt, M. 3,—, reichend für 30 Port. à 1/2 Liter.

Dr. Trainer's Kefyr-Pastillen zur Bereitung von Kefyr, M. 2.— und M. 1,—, dieselben mit **Eisen** M. 2,—, mit **Arsen, Arseneisen, Jodkali, Guajakol, Eisen-Guajakol, Kresotal, Nährsalzen** M. 3,—.

Die sicherste Gewähr für die Güte der aus Reinkulturen hergestellten Präparate (Fermentationskraft garant. 1:1000) bildet die Erfahrung, welche die Aerzte veranlaßt, **Dr. Trainer's** Präparate ständig zu empfehlen. -:- Man verlange die kritische Gegenüberstellung der neuesten Literaturbeiträge sowie Proben kostenfrei.

Laboratorium für Therapie, G. m. b. H., Dresden.

Internationale Hygiene-Ausstellung Dresden: Silberne Medaille.

Arsen-Triferrol

Zuverlässige, energische Wirkung

bei **Neurasthenie, Hysterie**
nervösen Erschöpfungszuständen
Anämie, Chlorose, Skrofulose
Hautkrankheiten

Keine Magenstörungen!

Literatur und Proben kostenfrei!

GEHE & Co., A.G., DRESDEN-N.



Bitte wenden!

81. Jahrgang **Berlin, 17. Februar 1912** **No. 7**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Fortschritte der medikamentösen Irrentherapie im Jahre 1911

Sammelreferat.

Von

Anstaltsoberarzt Dr. **Wern. H. Becker** (Weilmünster).

a) Schlaf- und Beruhigungsmittel.

1. **Spiegel**: Pharmakologisch-chemische Rundschau. (Reichsmedizinalanzeiger, 1911, No. 12.)
2. **Froehlich**: Adalin, ein neues Sedativum und Einschläferungsmittel. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, No. 1.)
3. **Kalischer**: Ueber Adalin, ein neues Sedativum und Hypnoticum. (Neurologisches Zentralblatt, 1911, No. 1.)
4. **Traugott**: Adalin in der ambulanten Praxis. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, No. 7.)
5. **Jennicke**: Zur Wirkung des Adalins bei Geisteskranken. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1910/11, No. 50.)
6. **Hirschfeld**: Adalin, ein neues Beruhigungs- und Einschläferungsmittel. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, No. 8.)
7. **Scheidenmantel**: Klinische Erfahrungen mit Adalin, ein neues bromhaltiges Sedativum und Hypnoticum. (Münchener med. Wochenschrift, 1911, No. 8.)
8. **Kempner**: Adalin. (Neurologisches Zentralblatt, 1911, No. 6.)
9. **Beyerhaus**: Klinische Erfahrungen mit dem neuen Schlafmittel Adalin. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 13.)
10. **Hennes**: Ueber Adalinwirkung bei Neurosen und Psychosen. (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1911, Bd. 4, H, 4.)
11. **Salomonski**: Ueber die sedative Wirkung des Adalins bei sexueller Neurasthenie und anderen Geschlechtskrankheiten. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 14.)
12. **Eulenburg**: Ueber Adalin. (Medizinische Klinik, 1911, No. 10.)
13. **Rehm**: Adalin, ein neues Sedativum. (Therapie der Gegenwart, 1911, No. 4.)
14. **Singer**: Adalin. (Therapie der Gegenwart, 1911, No. 4.)
15. **Lowinsky**: Adalin. (Therapie der Gegenwart, 1911, No. 5.)
16. **Reiss**: Versuche mit Adalin bei Geisteskranken. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1911/12, No. 19.)
17. **Förster**: Ueber Adalinwirkung bei Geisteskranken. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1911/12, No. 28.)
18. **König**: Klinische Versuche mit Adalin als Sedativum und Hypnoticum. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, No. 41.)
19. **Pelz**: Ueber das neue Sedativum und Hypnoticum „Adalin". (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 1911, Bd. 4, H. 4.)
20. **Guttmann**: Bromglidine. (Fortschritte der Medizin, 1911, No. 17.)
21. **Fischer** und **Hoppe**: Ueber Bromcalcium-Harnstoff (Ureabromin). (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, No. 41.)
22. **Donath**: Hypnoval. (Orvosi Hetilap, 1911, No. 3.)
23. **Schroeder**: Behandlung der Morphinisten. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, No. 7.)
24. **Tomaschny**: Ueber die Anwendung des Pantopons in der Psychiatrie. (Neurologisches Zentralblatt, 1911, No. 3.)
25. **Haymann**: Weitere Erfahrungen mit Pantopon. (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 2.)

26. **Döblin:** Pantopon in der inneren Medizin. (Therapeutische Monatshefte, 1911, H. 4.)

27. **Dornblüth:** Morphiumentziehung mittels Opium und Pantopon. (Deutsche medizinische Wochenschrift, 1911, No. 15.)

28. **Becker:** Das Pantopon in der Psychiatrie. (Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1911, No. 19.)

29. **Bachem:** Neuere Arzneimittel. II. Pantopon. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, No. 35.)

30. **Maier:** Paraldehydvergiftung. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, No. 4.)

31. **Becker:** Ueber Schlafmittelkombinationen (Reichsmedizinalanzeiger, 1911, No. 15) und Ueber Narkoticagemische (Moderne Medizin, 1911, H. 10 [und Nachtrag in Heft 12]).

32. **Häni:** Verstärkung der Wirkung verschiedener Narkotica, speziell des Pantopons durch Skopolamin. (Therapie der Gegenwart, 1911, No. 2.)

33. **Bürgi:** Bemerkungen zu den die Wirkung von Arzneikombination betreffenden Arbeiten. (Zeitschrift für experimentelle Pathologie und Therapie, 1911, Bd. 8, H. 3.)

Mit Beginn des Jahres 1911 stand kein Schlafmittel so im Vordergrund des Interesses wie das Adalin. Konnte ich in No. 10/26 dieser Zeitschrift, Jahrgang 1911, den Leser schon mit einigen Veröffentlichungen über Adalin aus dem Schluß des Jahres 1910 bekannt machen, so brachten die ersten Monate des Jahres 1911 nicht weniger als 19 einschlägige Aufsätze, die hier kurz aufzuzählen wohl dem Wert und der Bedeutung des neuen Schlafmittels entspricht. Vom Standpunkt der Pharmakologie und Chemie aus erläutert Spiegel (1), daß Adalin Bromdiäthylacetylharnstoff ist, chemisch dem Veronal und Neuronal nahe verwandt, relativ harmlos ist und bei einem Hunde von 5½ kg schon in der Gabe von 3 g nach einer Stunde sehr anhaltenden Schlaf hervorrief. In klinischer Hinsicht lobt Froehlich (2) die prompte Wirkung und das Fehlen kumulierender Eigenschaften, Kalischer (3) die Unschädlichkeit und relative Geschmacklosigkeit sowie das Ausbleiben von Nachwirkungen, Traugott (4) die Brauchbarkeit des Hypnoticums für die ambulante und häusliche Praxis. Jennicke (5) spricht von einem leichten, aber sicheren Hypnoticum in Fällen von mäßiger Erregung der Geisteskranken, hebt auch die Unschädlichkeit und den Mangel an kumulierender Wirkung hervor, verschweigt aber auch die Nachteile nicht, „daß es sich bisweilen nötig macht, den Kranken mehrere Gramm davon beizubringen, um eine Wirkung zu erzielen, zu der die sonst übliche Dosis von 0,5—1,0 g bei Psychosen oft nicht ausreicht". Auch Hirschfeld (6) empfiehlt für geeignete Fälle höhere Dosen, die unbedenklich gegeben werden dürften. Scheidemantel (7) hält Adalin indiziert bei Zuständen, wo man die Zufuhr von Brom mit einer kräftigeren beruhigenden Wirkung vereinigen und nicht von vornherein zu den starken Schlafmitteln greifen will. Nach Kempner (8) bewirkt 1,0 Adalin, in heißem Wasser genommen, bei Schlaflosigkeit infolge von Neurasthenie, Hysterie, Senium oder sonst gesteigerter Affekterregbarkeit einen 6—7 stündigen traumlosen Schlaf. Beyershaus (9) sah zufriedenstellende Wirkung in Fällen von ängstlicher oder manischer Erregung, wenn er nur sedativ wirken wollte; die schlafmachende Wirkung war in 82 pCt. der Fälle die gleiche, in 14 pCt. der Fälle eine bessere und in 4 pCt. der Fälle eine schlechtere als die der übrigen Schlafmittel. Auch Hennes (10), der Adalin bei mehr als 100 Geisteskranken anwandte, ließ das Präparat nur in einigen wenigen Fällen in Stich; bemerkenswert ist, daß die beruhigende Wirkung fast immer bei ängstlich erregten Kranken, besonders bei Fällen von Melancholie vermißt wurde. Eine prompte Wirkung war auch zu konstatieren bei Salomonskis (11) sexuellen Neurasthenikern, bei denen erotische Vorstellungen, Erektionen u. dergl. zum Schwinden gebracht wurden und normaler Schlaf eintrat. Eulenburg (12) zählt seine durch Adalin günstig beeinflußten Psychosen einzeln auf: chronische Neurosen und Psychoneurosen, Neurasthenien, nervöse Depressions- und Erschöpfungszustände, Angstneurosen, Hysterie, Unfallneurosen, sowie depressive psychische Krankheitszustände, Involutionsmelancholien, beginnende arteriosklerotische Demenz u. a. Die von Rehm (13) mit Erfolg behandelten Fälle betrafen: „leichte Unruhe, Angstzustände auf nervöser Basis, traumatische Neurosen, Neurosen infolge klimakterischer und arteriosklerotischer Beschwerden". Weniger günstig sind Singers (14) Erfahrungen, wie überhaupt sich jetzt die Stimmen mehren — das geht ja bei jedem neuen Mittel so —, die das Lob etwas eingeschränkt wissen wollen. So hält Lowinsky (15) schon das Adalin als ungeeignet für narkotische Zwecke; Reiss (16) glaubt, daß Adalin mit den souveränen Schlaf- und Beruhigungsmitteln, z. B. Skopolamin, namentlich auch wegen seines Preises nicht konkurrieren könne, sich aber wegen seiner sonstigen Vorzüge einen dauernden Platz im Arzneischatz der Anstalten für psychische Erkrankungen erwerben werde. Förster (17) empfiehlt die kombinierte Darreichung von Adalin und Skopolamin, wodurch man hohe Skopolamingaben vermeiden könne. König (18) berichtet, daß halluzinatorisch erregte Geisteskranke selbst von großen Dosen Adalin wenig oder gar nicht beeinflußt wurden, dagegen bei depressiv erregten Kranken ein äußerst günstiger sedativer Einfluß bemerkt wurde; als ein schroffer Gegensatz zu Hennes' Erfolgen. Auch Pelz (19) widerspricht den Resultaten anderer Autoren, indem er als Nebenerscheinung einige Male Schwindelanfälle sah, ebenso eine ziemlich rasche Gewöhnung an das Mittel. Weitere Versuche müssen hier Klarheit schaffen. Alles in allem genommen scheint aber doch nach den Berichten durch die Darstellung des Adalins eine beachtenswerte Bereicherung des psychiatrischen Arzneischatzes uns geworden zu sein.

Was die Brompräparate anlangt, so hat Guttmann (20) neue Erfahrungen mit Bromglidine gesammelt und empfiehlt dasselbe gegen Neurasthenie und Hysterie. Ein völlig neues Brompräparat kam uns sodann aus der Uchtspringer Provinzialirrenanstalt, das Ureabromin, der Bromcalciumharnstoff, mit der Formel $Ga\,Br_2\,4\,GO(NH_2)_2$. Mit diesem neuen Mittel, dessen Brom rascher ausgeschieden wird als das der alkalischen Bromverbindungen, wollen Fischer und Hoppe (21) gute Erfahrungen gemacht haben in all den Fällen von Epilepsie, 1. in denen die Ausscheidung bereits darniederliegt, 2. in denen die Herztätigkeit eine verminderte ist, 3. in denen Verdacht einer Intoxikation vom Darm oder von den Nieren aus vorliegt, in denen spasmophile Zustände vorliegen. Als Magistralformel stellen sie auf: Rp. Sol. Ureabromin 40,0 : 300,0, D. S. 2—3 Eßlöffel voll tägl. für Erwachsene, 2—3 Teelöffel voll tägl. für Kinder. Den Vertrieb haben Gehe & Co. in Dresden.

Hypnoval ist nach Donath (22) Bromisovaleryl-amidchloral und hat sich unter Fernbleiben von Nebenwirkungen bei Schlaflosigkeit in Dosen von 1 g gut bewährt.

An der Hand von mehreren Krankengeschichten zeigt Schroeder (23), daß auch bei schweren Morphinisten und selbst da, wo Komplikationen verschiedener Art vorhanden, die sofortige völlige Entziehung des Morphiums erlaubt ist, wenn eine exakte Ueberwachung der Herztätigkeit möglich ist. Für die anfänglichen subjektiven Beschwerden werden kleine Mengen der bekannten Schlafmittel empfohlen.

Es folgt sodann der Besprechung würdig das vor einigen Jahren durch Sahli in den Arzneischatz eingeführte Pantopon, ein neues, die Gesamtalkaloide des Opiums enthaltendes, in Wasser lösliches, auch subkutan anwendbares Opiumpräparat, das in die Psychiatrie gut eingeführt dort seinen Platz zu behaupten scheint. Tomaschny (24) sieht in dem Pantopon ein brauchbares Mittel zur Bekämpfung von leichten Erregungen motorischer Art und von allerhand Angstzuständen, wie sie im Verlaufe der verschiedensten Psychosen aufzutreten pflegen. Haymann (25) schränkt allerdings das von ihm einstmals gezollte und von mir im Vorjahre an dieser Stelle wiedergegebene Lob insofern etwas ein, als Nebenwirkungen (Schwindel), Gewöhnung, Halluzinationen und Spracherschwerung doch ab und zu zu konstatieren waren; trotzdem möchte er heute das Pantopon in unserem Arznei-

schatze nicht mehr missen. Döblin (26) empfiehlt das Pantopon bei seniler und epileptischer Angst und in allen den Fällen, wo Morphin indiziert scheint, aber wegen seiner Nebenwirkungen (Erbrechen, Uebelkeit) nicht gegeben werden könne. Dornblüth (27) wandte das Pantopon mit gutem Erfolge bei der Behandlung der Morphinisten an. „Bei Gewöhnung an große Morphiumdosen läßt sich das Morphium ohne Schwierigkeiten sofort durch große Gaben Pantopon, subkutan und innerlich angewendet, ersetzen, die ihrerseits leicht und in kurzer Zeit entzogen werden können, ohne daß wieder ein Verlangen nach Morphium auftritt.“ Ich selbst habe wiederholt Proben mit Pantopon gemacht, habe auch einen Versuch gemacht, inwiefern wohl in der Subkutanlösung der Kombination von Skopolamin und Morphin, wie sie in der Irrenpflege so unentbehrlich geworden ist, das Pantopon das Morphin zu ersetzen imstande sei (28); ein abschließendes Urteil habe ich mir noch nicht erlauben können. Wer sich für Pantopon besonders interessiert, findet eine sehr gute Zusammensetzung der bisherigen Veröffentlichungen bei Bachem (29), dem bekannten Verfasser des Büchleins „Unsere Schlafmittel“.

Die relative Harmlosigkeit und Ungiftigkeit des Paraldehyds, dessen Unentbehrlichkeit in der Irrenpflege dadurch wieder bewiesen wird, hebt wieder Maier (30) hervor, indem er einen gutartig verlaufenen Fall von versehentlicher Vergiftung (mit 10—12 g) zur Kenntnis bringt.

Zum Schluß muß ich dann noch wieder der kombinierten Darreichung mehrerer Narkotica gedenken, einer Verordnungsweise, welche bekanntlich eine weitaus kräftigere Wirkung verursacht, als man nach der einfachen Addition der beiden Schlafmittel erwarten sollte. An zwei verschiedenen Orten (31) habe ich die Verstärkung der Hyoscin-Morphin-Spritze durch Paraldehyd (und durch Sulfonal) hervorgehoben und auf einige neue Kompositionen, wie Sandows brausendes Veronal-Brom-Salz, Knolls Kodeonal und Weils Veronacetin, hingewiesen. Experimentaluntersuchungen Hänis (32) über kombinatorische Wirkung von Hyoscin (Skopolamin) mit Morphin oder Urethan bestätigen ebenfalls den oben erwähnten wiedergefundenen Lehrsatz. Bürgi (33), der Vater desselben, schreibt zu der einschlägigen Literatur einige sehr lesenswerte, hier aber zu weit führende Bemerkungen.

b) Mehr oder weniger spezifisch wirkende Mittel.

34. **Bresler**: Aspirin bei Psychosen. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1911/12, No. 36.)
35. **Rosenberg**: Neue Behandlungsweise der Epilepsie. Berlin 1912.
36. **di Gaspero**: Referat über den gegenwärtigen Stand der Epilepsietherapie. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschr., 1910/11, No. 50.)
37. **Eschle**: Das Asthma. (Fortschritte der Medizin, 1911, No. 14—16.)
38. **Lion**: Ueber Arsenocerebrin, ein spezifisches Heilmittel gegen Epilepsie. (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, No. 35.)
39. **Fackenheim**: Neue Wege zur Heilung der Epilepsie. (Münchener med. Wochenschrift, 1911, No. 35.)

In den von Bresler (34) redigierten, jedem Psychiater wohlbekannten „gelben Heften“ findet sich eine Notiz, wonach Aspirin bei Psychosen, die unter dem Bilde der akuten halluzinatorischen Verworrenheit mit starkem Bewegungs- und Rededrang einhergehen, oft mit ziemlicher Promptheit in Dosen von 1,0 g einen mehrstündigen Schlaf mit Schweißausbruch und nachfolgende relative Klarheit und Nachlaß der Erregung zu bewirken imstande sein soll. Auch bei Verworrenheit mit vorwiegendem Charakter der Angst und Ratlosigkeit, Personenverkennen, feindlicher Pezeption der Umgebung, Sinnestäuschungen und motorischen Impulsen neben stuporösem Verhalten soll oft dieselbe günstige Wirkung beobachtet worden sein. B. scheint dem Aspirin eine gewisse spezifische Wirkung zuzuschreiben, was wohl kaum allgemein Zustimmung finden dürfte.

Was sodann die Behandlung der Epilepsie und des epileptischen Irreseins anlangt, so hat uns das Jahr 1911 ein großes Buch von Rosenberg (35) gebracht, das die vielen gesunden Gedanken, die Rosenberg, wie ich schon sonst betonte, über die Diätetik und die psychische Behandlung der Epileptiker hegt, dankenswerterweise zu Papier gebracht hat. Ich kann nur wünschen, daß das Epileptol, dem zu liebe natürlich die ganze 330 Seiten lange Schrift geschrieben ist, sich den Eingang in die Aerztewelt verschafft, den es verdient. Leider ist des Epileptols Vater, Rosenberg, selbst das größte Hindernis dazu mit den Fehlern, die er auch in seinem neuen Buche wieder macht: erstens die Geheimniskrämerei mit chemischer Zusammensetzung oder wenigstens Herkunft des Mittels, zweitens bewußter Gegensatz zur vielgeschmähten „Schulmedizin“. Weil ein dadurch bedingtes, gewisses ablehnendes Verhalten der Aerzteschaft Rosenberg unangenehm auffällt, so wendet er sich mit seinem Buch an weite Laienkreise und bringt am Schluß eine Terminologie, um sämtliche medizinischen Ausdrücke dem Verständnis eines jeden näher zu bringen. „Eines jeden“ sage ich, nicht nur dem Verständnis gebildeter Kreise, die sich selber „Ruin“ mit „Verfall, Untergang“, „Reaktion“ mit „Rückwirkung, Gegenwirkung“ und „Resistenz“ mit „Widerstandskraft“ — um nur einige „R-Worte“ aus dem „Wortregister“ wiederzugeben — erklären können. Soll das die Kluft zwischen dem Epileptolerfinder und seinen Kollegen überbrücken? — — Indes kommt Dr. Rosenberg von anderer Seite eine unerwartete Hilfe. Zunächst berichtete di Gaspero (36) über die an der Nerven- und psychiatrischen Klinik zu Graz gemachten Erfahrungen: Die schweren Anfälle hätten sich bei Epileptolbehandlung anfänglich verringert, seien in der Intensität milder, „kleiner“ geworden und petit-mal-Anfälle hätten aufgehört. Die anfallfreien Intervalle würden durch Epileptol zweifellos größer, wenn auch die Neigung zum Auftreten intensiverer, unter schwereren Erscheinungen sogar serienweise auftretender Anfälle bestände. Sodann erwähnt Eschle (37), daß ihm das Rosenbergsche Epileptol recht gute Dienste bei den Epileptikern seiner Anstalt zu leisten scheine. Näheres erfahren wir leider nicht

Sich stützend auf die Beobachtung, die man noch vor einigen Jahren dem Cerebrin als Spezificum gegen Epilepsie schenkte, hat Lion (38) eine Kombination von Extr. cerebri und Natr. cacodilic. bei Epileptikern versucht. Er fand keine schädlichen Nebenwirkungen, schnelle und von ihm als spezifisch angesehene Wirkung. Weiteres bleibt abzuwarten; eine Portion Skeptizismus kann a priori auch dem Arsenocerebrin gegenüber zunächst nichts schaden.

Wenn man im Vorjahre mit dem Bericht Spanglers, daß Klapperschlangengift in Amerika Epilepsie zu heilen vermöge, die Ideenassoziation vom Lande der unbegrenzten Möglichkeiten unwillkürlich verband, so ist heute, nach Fackenheims (39) Publikation die Sache schon ernster zu nehmen; denn er wandte Crotalin (getrocknetes, pulverisiertes und nach einem besonderen Verfahren präpariertes Klapperschlangengift) in 5 Fällen an, die sämtlich Hebung des Allgemeinbefindens, Stärkung des Zentralnervensystems, das weniger erregbar wurde, und Förderung des Stoffwechsels erkennen ließen.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließl. Infektionskrankheiten).

Dr. E. Sergeois: **Beitrag zur Rolle der Insekten als Krankheitsüberträger.** (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 57, H. 1—3.)

Aus der sehr fleißigen Literaturstudie ergibt sich zusammenfassend: Die Wanzen vermögen krankmachende Keime zu vermitteln; sie spielen dabei fast ausschließlich die Rolle eines einfachen Zwischenträgers; als Zwischenwirte kommen sie nur ausnahmsweise wie bei Kala-Azar in Frage. Von spezifisch epidemiologischer Wichtigkeit erscheint die Tätigkeit der Wanzen als Ueberträger bei keiner Krankheit, jedoch trägt sie sicherlich dazu bei, daß gewisse Krankheiten, wie Rückfallfieber und Kala-Azar, an bestimmten Orten endemisch bleiben. Wesentlich ist dabei die Tatsache, daß Wanzen in ihrem Leibe infektiöse Keime längere Zeit lebend erhalten; denn diese Keime müssen häufig zu einer Infektion führen, da für eine solche infolge des durch die juckenden Wanzenstiche hervor-

gerufenen Kratzens zu gleicher Zeit die günstigsten Bedingungen herbeigeführt werden, nämlich: 1. infektiöse Keime aus den zerquetschten Wanzen; 2. eine Verletzung der äußeren Haut; 3. eine Kraft, die die Keime in eine denkbar innigste Berührung mit der Infektionsstelle bringt. — Somit gehört die Wanze zu den Insekten, die für die Menschheit eine besondere Gefahr darstellen, ihre Vernichtung ist deshalb nicht nur ein ästhetisches, sondern auch ein hygienisches Erfordernis. R.

Privatdozent Dr. **Hermann Hohlweg** (Gießen): **Zur Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 51.)

Zum Nachweis der Nierentuberkulose ist nach den Erfahrungen des Verf. in der Gießener med. Klinik die Pirquetsche Reaktion kaum und noch weniger die Ophthalmoreaktion zu verwerten. Letztere ergab unter 17 Fällen sicherer Tuberkulose der Nieren nur 4 mal ein deutlich positives, 2 mal ein schwach positives, 11 mal ein negatives Resultat. Auch die Tuberkulininjektionsmethode ergab unter 13 Fällen nur 2 mal einen deutlich positiven, 4 mal einen schwach positiven, 7 mal einen vollkommen negativen Ausfall der Allgemeinreaktion. Eine Reaktion am Krankheitsherd trat daher nur in einem Falle auf. Allerdings wurden niemals größere Dosen als 0,001 g Alttuberkulin injiziert. Bei höheren Dosen wird die Reaktion zu stark und ist mit zu großen Beschwerden und Gefahren für den Kranken verknüpft. Wertvoll für die Diagnose ist dagegen ein positiver Bacillenbefund im Urinsediment; in 17 von 20 Fällen wurden im Sediment Tuberkelbacillen nachgewiesen (z. T. mittels der Antiforminverfahrens). Verwendet man Katheterurin bei gründlicher Reinigung des Orificium externum urethrae, so ist der Urin stets frei von Smegmabacillen, die Tuberkelbacillen vortäuschen könnten. Das Tierexperiment ist die sicherste und empfindlichste Methode zum Nachweis der Tuberkelbacillen; es wurde von Verf. nur zur Kontrolle der anderen Untersuchungsresultate verwendet. Von großer Bedeutung erwies sich die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus für die Diagnose; mehrmals auch bei beginnenden Fällen lenkte das cystoskopische Bild zuerst den Verdacht auf Tuberkulose, die dann durch den Bacillenbefund tatsächlich nachgewiesen wurde. Für die Erkennung des Sitzes der Nierenerkrankung (ob ein- oder doppelseitig) ist der Ureterenkatheterismus ein unentbehrliches Hilfsmittel. Verf. sah niemals Schädigungen davon. Er ging stets in der Weise vor, daß er nach rascher Besichtigung des Blasenbodens zuerst denjenigen Harnleiter katheterisierte, an dessen Mündung keine oder die geringeren Veränderungen zu sehen waren. Mit Hilfe der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus konnte Verf. in mehreren Fällen beginnender Nierentuberkulose die Diagnose in kurzer Zeit sichern. Alles in allem ist nach Verf. die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus in Verbindung mit dem Bacillennachweis als die wichtigste, zuverlässigste und am raschesten zum Ziele führende Methode für die Frühdiagnose der Nierentuberkulose in den meisten Fällen zu betrachten. Was die Behandlung der Nierentuberkulose anlangt, so kommt bei einseitiger Erkrankung in erster Linie die Operation in Frage. In Fällen, wo ein chirurgischer Eingriff von dem Patienten abgelehnt wird, oder bei vorgeschrittenen doppelseitigen Erkrankungen mit gleichzeitig schwebenden Blasenveränderungen, bei denen eine Operation nicht mehr in Frage kommt, ist die Tuberkulinbehandlung indiziert. Verf. ging dabei so vor, daß er mit 1/100 mg Alttuberkulin die Behandlung begann; die Injektionen wurden 1—2 mal pro Woche vorgenommen und bei jeder Injektion um 1/100 mg gestiegen, bis zu 1/10 mg. Von da ab wurde die Dosis jedesmal um 1/10 mg gesteigert bis zu 1 mg usw. Bei den einzelnen Fällen wurde bis zur Dosis von 0,01—0,026 g Alttuberkulin gestiegen. Im einzelnen wurde dabei individualisiert. In einem Falle wurde durch die Tuberkulinbehandlung völlige Heilung in klinischer Beziehung, in drei Fällen sehr wesentliche Besserung erzielt.

Prof. **Alfred Denker** (Halle a. S.): **Ueber bronchoskopisch diagnostizierte Tracheo-bronchial- und Lungensyphilis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Die Lokalisation der Syphilis in den Bronchien und den Lungen ist im allgemeinen selten, wenn auch nicht so selten, wie man früher glaubte. Mittels der neuen direkten Untersuchungsmethoden sind diese Affektionen auch der Diagnose intra vitam leichter zugänglich als früher. Verf. hatte Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten und auf bronchoskopischem Wege zu diagnostizieren. Es handelte sich um einen 30 jährigen Mann, der wegen starker Stenoseerscheinungen in den Luftwegen ärztliche Hilfe nachsuchte. Die Anamnese ergab, daß seit 6 Jahren schon Husten und Auswurf, zeitweise mit Atemnot und Erstickungsanfällen, bestand; in den letzten vier Wochen hatten die Beschwerden zugenommen. Luetische Infektion im 17. Lebensjahre. Es bestand ein großer Defekt in der rechten Hälfte des weichen Gaumens; die hintere Rachenwand in strahliges Narbengewebe umgewandelt. Bei der tracheoskopischen Untersuchung fanden sich direkt unterhalb der Stimmbänder an der Hinterwand und zum Teil auf die seitlichen Wände des subglottischen Raumes der oberen Partie der Trachea übergehend Ulcerationen, ebenso auch im weiteren Verlauf der Luftröhre, besonders im unteren Teil nahe der Bifurkation. Der Eingang in den rechten Hauptbronchus war leicht verengt, der Eingang in den linken Hauptbronchus war durch Infiltration derartig stenosiert, daß nur eine spaltförmige Oeffnung sichtbar blieb, durch welche das Rohr nicht eingeführt werden konnte. An der Bifurkationsstelle fand sich eine breite, derb infiltrierte Gewebsbrücke. Die Wassermannsche Reaktion war positiv. Es wurde auf den Befund hin eine Injektion von 0,6 g Salvarsan intramuskulär gemacht. Zunächst trat Besserung ein; auch bronchoskopisch ließ sich ein Rückgang der Infiltrationen und beginnende Heilung der Geschwüre feststellen; bald aber traten Erscheinungen von Pneumonie des rechten Unterlappens ein, denen der Kranke in wenigen Tagen erlag. Die Obduktion ergab ausgedehnte ulceröse Defekte und Narben am Gaumen, Rachen, im subglottischen Raum, in der Trachea und den Bronchien; außerdem Pneumonie im rechten Unterlappen, Empyem der rechten Pleurahöhle. Durch den Sektionsbefund wurde die in vita gestellte Diagnose einer luetischen Affektion der Luftwege bestätigt. R. L.

Neurologie.

H. Fründ: Die glatte Muskulatur der Orbita und ihre Bedeutung für die Augensymptome bei Morbus Basedowii. (Beitr. zur klin. Chirurgie, Bd. 73, pg. 755.)

F. hat das anatomische und physiologische Verhalten der zuerst von H. Müller i. J. 1858 beschriebenen glatten Muskeln in der Orbita eingehend untersucht. Er fand die Musculi tarsales sup. und inf. konstant vor. Sie stellen eine zarte, noch nicht 1 mm dicke Muskelplatte dar, welche nach hinten mit der Tenonschen Kapsel in Verbindung steht und nach vorne bis in den Tarsus sich verfolgen läßt. Der Musc. orbitalis reicht vom vorderen blinden Ende der Fissura orbitalis inferior bis in die Gegend des Zusammentreffens von Fissura orbitalis inferior und superior. Der Verlauf der Fasern des Musc. orbitalis ist größtenteils quer zur Richtung der Fissur; nur am lateralen Bande folgen die Fasern zum Teil der Richtung der Fissur. F. hält nun auf Grund seiner Untersuchungen das bisher nicht erklärte Zustandekommen venöser Stauungen in der Orbita für eine Funktionsäußerung des Musc. orbitalis. Die Kompression der zahlreichen kleinen und der 1—2 größeren Venenäste, welche durch die Fissura orbitalis inferior die Orbita verlassen und besonders die Verengerung des Lumens der beiden Hauptvenen kurz vor ihrer Einmündung in den Sinus cavernosus, sowie die direkte Einwirkung auf den Orbitalraum hält Verf. für vollkommen hinreichend, um die Entstehung eines Exophthalmus herbeizuführen. Die Vergrößerung des retrobulbären Fettkörpers ist dann als eine sekundäre Folge dieser venösen Hyperämie aufzufassen.

H. Schüssler (Bremen): **Zur chirurgischen Behandlung der Tabes dorsalis.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1911, No. 29.)

Mit Rücksicht auf die nicht unbeträchtliche Gefährlichkeit der Försterschen Operation bei Tabes hält Verf. diesen Eingriff nur dann für erlaubt, wenn sämtliche internen und die einfacheren chirurgischen Maßnahmen versagen. Zu diesen letzteren rechnet Verf. vor allem die epidurale Injektion nach Cathelin und die doppelseitige Ischiadicusdehnung. Die blutige Dehnung des N. ischiadicus hat Sch. in 60 Fällen von Tabes ausgeführt. Konstant fand er eine Perineuritis vor, welche die Schmerzen ohne weiteres erklärte. Ebenso faßt Verf. die Magenkrisen der Tabiker, wie überhaupt die visceralen Symptome als Reflexneurosen auf, welche von den Nervis nervorum des erkrankten Neurilemms ausgelöst werden. Die von Sch. mit der „Neurolysis" erzielten Erfolge sollen gut und dauernd sein. Die Epiduralinjektion nach Cathelin hat Sch. bisher nur in einem Falle und zwar mit Erfolg ausgeführt. Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **Hans Willige** und Dr. **F. Landsbergen** (Halle a. S.): **Histologische Diagnose diffuser Hirnerkrankungen durch Hirnpunktion.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Die von Neisser angegebene Hirnpunktion ist von Pfeifer in der Halleschen Nervenklinik zu diagnostischen Zwecken, besonders zur Feststellung solider Tumoren des Gehirns weiter ausgebaut worden. Es lag nun nahe, zu versuchen, ob sich mit dieser Methode auch andere, nicht herdförmige, organische Hirnerkrankungen nachweisen ließen. Zahlreiche Hirnpunktionen an der Leiche mit nachfolgender histologischer Kontrolluntersuchung an größeren Hirnstücken ergaben zunächst, daß es möglich ist, die paralytische Hirnveränderung, soweit sie durch das von Nissl und Alz-

heimer beschriebene pathologische Zellbild charakterisiert ist, an den kleinen durch die Punktionsspritze aspirierten Hirnzylindern mit Sicherheit zu diagnostizieren. Aus verschiedenen Gründen empfehlen die Verfasser, das Stirnhirn zu punktieren, besonders auch, weil die Stirnhirnpunktion am ungefährlichsten ist. Die Technik ist folgende: Mit einem dünnen, durch Elektromotor getriebenen Stahlbohrer wird die Kopfhaut samt Galea durchstoßen, dann wird der Motor in Gang gesetzt und unter leichtem Druck der Schädel durchbohrt unter Schonung der Dura. Nun wird der Bohrer herausgezogen und in das Bohrloch eine Platiniridiumkanüle mit Mandrin eingeschoben, die Dura durchstochen, der Mandrin entfernt, auf die Kanüle eine Luersche Spritze aufgesetzt und unter langsamem Vorschieben der Kanüle kontinuierlich mit der Spritze aspiriert. Nachdem man, von der Dura aus gerechnet, 2—3 cm in die Tiefe vorgedrungen ist, macht man Halt und geht langsam unter ständigem Weiteraspirieren zurück. Auf diese Weise erhält man bei einiger Uebung immer eine 1—2 cm lange und ca. 1—2 mm breite Wurst von Hirnsubstanz, an der sich Rinde und Mark deutlich voneinander abheben. Die so gewonnenen Gewebsteilchen werden zunächst in 96 proz. Alkohol fixiert und gehärtet, dann in Paraffin eingebettet und die Schnitte mit Toluidinblau oder Thionin gefärbt. Die zur Kontrolluntersuchung bei der Sektion entnommenen größeren Gehirnstücke (aus derselben Gegend, wo die Punktion gemacht worden war) wurden in ähnlicher Weise behandelt. Nachdem so an Leichenmaterial die Möglichkeit der histologischen Diagnose diffuser Hirnerkrankungen aus dem Punktat erwiesen war, versuchten die Verfasser die Methode in einigen Fällen an Lebenden: Es handelte sich um Kranke, bei denen der Verdacht auf Stirnhirntumor bestand, oder die Diagnose zwischen Hirntumor und beginnender progressiver Paralyse resp. einer anderen diffusen (arteriosklerotischen) Hirnrindenaffektion schwankte. In diesen Fällen konnte jedesmal durch die histologische Untersuchung des Punktats die Diagnose gestellt werden, die in den Fällen, die zur Sektion kamen oder operiert wurden, stets durch die Kontrolluntersuchung größerer Hirnstücke und durch den sonstigen Sektionsbefund bestätigt wurde. Als Beispiel führen die Verfasser 2 Fälle an. Die Methode soll natürlich nur in einer ganz beschränkten Zahl von Fällen, wenn das gesamte sonstige diagnostische Rüstzeug erschöpft ist und doch eine schnelle Diagnosestellung notwendig ist, angewendet werden; denn sie verlangt Vorsicht und Uebung.

R. L.

Chirurgie.

Dr. med. **Masao Sumita**, Assistent-Professor an der Universität Fukuoka (Japan): **Zur Lehre von den sogenannten Freundschen primären Thoraxanomalien.** (Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1911, Bd. 113, H. 1 u. 2.)

Die von Freund als ein prädisponierendes Moment zur Entstehung der Spitzentuberkulose beschriebene abnorme Kürze und scheidenförmige Verknöcherung des 1. Rippenknorpels sind nach Verf.s im pathologischen Institut der Universität Göttingen durchgeführten Untersuchungen nur als verschiedene Formen von Knorpelwachstumsstörungen anzusehen, welche durch Veränderungen der allgemeinen oder lokalen Ernährungs- und Funktionsverhältnisse herbeigeführt werden. Sie sind nicht spezifisch und kommen nicht nur am 1. Rippenknorpel, sondern auch manchmal an anderen Rippenknorpeln vor; die besonderen anatomischen und physiologischen Verhältnisse des ersteren schaffen aber zweifellos eine bedeutend höhere Disposition zur Ausbildung dieser Veränderungen, und die ausgeprägteste Veränderung ist daher auch häufig an der 1. Rippe zu finden. Freund hat nach S. zweifellos diese Veränderung des Rippenknorpels überschätzt, indem er sie für die Entstehung des Thorax phthisicus und der Lungenspitzentuberkulose verantwortlich gemacht hat. Es kommt ihnen aber nach S.s Auffassung diese Bedeutung nicht zu. Vielmehr kann die Funktions- und Wachstumsschwäche der betreffenden Thoraxpartie, welche zur Ausbildung eines Zustandes wie Thorax phthisicus günstig ist, auch am leichtesten und deutlichsten das Wachstum des 1. Rippenknorpels beeinflussen und hier Zustände abnormer Kürze oder scheidenförmiger Verknöcherung herbeiführen. Die scheidenförmige Verknöcherung ist nicht als vom Perichondrium ausgehend zu betrachten, wie Freund u. a. angenommen hatten, sondern beruht auf einem abnormen Weiterschreiten der peripherischen Ossifikation und ist stets in nachweisbarer Kontinuität mit der Rippen- oder Sternumspongiosa. Die abnorme Kürze und scheidenförmige Verknöcherung des 1. Rippenknorpels kommen sekundär bei der Abnahme der lokalen funktionellen Wachstumsreize oder bei Zirkulations- oder Ernährungsstörungen vor. Solche begünstigenden Momente sind niemals einheitlich, sondern können verschiedenartig sein, entweder von seiten der Lunge stammen oder durch eine von außen einwirkende Schädlichkeit bewirkt werden, oder in einer allgemeinen oder lokalen Zirkulationsstörung, oder in einer allgemeinen Blutveränderung oder in irgendwelchem anderen Körperschwächezustand usw. begründet sein. Die Gelenkbildung des 1. Rippenknorpels hat nach Verfassers Untersuchungen kein so bedeutungsvolles Verhältnis zur Spitzentuberkulose; sie ist häufig eher als ganz zufällige Erscheinung, bedingt durch irgend ein traumatisches Moment anzusehen. Sie kann auch bei abnorm langem, sonst unverändertem, also gut biegsamem Knorpel vorkommen. Hier hat Freund auch offenbar die Bedeutung der Veränderung überschätzt, wenn er die Gelenkbildung als einen Naturheilungsprozeß betrachten will, der sich gegen die gestörte Knorpelbiegsamkeit und deren Folgen (Spitzentuberkulose) richten soll. Die von Freund beschriebenen Veränderungen des 1. Rippenknorpels bilden sich zweifellos bei Lungenspitzentuberkulose sekundär aus, entweder durch Verminderung der lokalen funktionellen Wachstumsreize oder infolge der bei der Tuberkulose entstandenen allgemeinen Ernährungsstörungen. Alle Gründe Freunds, mit welchen er die primäre Entstehung der Rippenveränderungen bei vorhandener Spitzentuberkulose beweisen wollte, treffen nach Verfassers Dafürhalten nicht zu. Die Rippenknorpelveränderungen, welche von Freund als primäre, fortschreitende Knorpeldegenerationen bezeichnet worden sind, stimmen qualitativ ganz genau mit den Bildern überein, die von S. als in der Norm vorkommende Altersveränderungen des Knorpels gefunden wurden. Treten solche Veränderungen zu abnormer Zeit und in abnormer Stärke auf, so ist der Grund dafür stets nur in Ernährungs- und Wachstumsstörungen des Knorpels und in dem vorzeitigen Querbalkenabschlusse an der Knorpelknochengrenze zu erblicken. Solche Veränderungen kombinieren sich häufig auch mit der unter denselben Bedingungen entstandenen verschiedenartigen abnormen Knorpelverknöcherung. Alle von Freund als primäre Ursache des Emphysems angegebenen Rippenknorpelveränderungen sind nichts anderes, als ein Resultat der abnorm frühzeitig und hochgradig eintretenden senilen Knorpelveränderung (Präsenilismus), bedingt durch eine örtliche Ernährungs- und Wachstumsstörung bei dieser Krankheit. Solche Ernährungs- und Wachstumsstörungen kommen bei vorhandenem Emphysem möglicherweise infolge der durch die abnorme Funktionsexkursion des Thorax bedingten Verminderung der Wachstumsreize einerseits und andererseits infolge lokaler Stauungszustände, welche durch die veränderte Respirationsmechanik bedingt werden, zustande. Die gleichzeitig vorhandene Thoraxdilatation ist nur als eine durch die Grundkrankheiten bedingte Begleiterscheinung aufzufassen; kombinieren sich diese Veränderung des Knorpels und die Thoraxdilatation in gewissem Alter, so bildet sich ein typischer, starr dilatierter Thorax aus. Die Verschiedenheit der Thoraxzustände bei Emphysem in verschiedenem Alter sind stets nur durch die Einflüsse der verschiedenen Wachstums- und Knorpelalterationsverhältnisse in dem jeweiligen Lebensalter zu erklären; also Dilatation ohne Starrheit bei jugendlichen Leuten, typischer, starr dilatierter Thorax (faßförmiger Thorax) im mittleren Alter und Thoraxstarre ohne Dilatation bei alten Leuten. Die bei Emphysem vorkommende Knorpelveränderung allein kann niemals einen typischen, starr dilatierten Thorax herbeiführen; die auffallende Thoraxdilatation beim Emphysem kommt vielmehr entweder direkt durch Veränderung des Lungenzustandes oder indirekt durch die durch forcierte Atmung bedingte tonische Muskelkontraktion bei den veränderten Resorptionsbedingungen zustande. Die Entstehung des Lungenemphysems kann man also nicht durch die von Freund beschriebenen sog. primären Thoraxanomalien erklären, sondern der emphysematöse Zustand kann im Gegenteil direkt oder indirekt die Thoraxdilatation und gleichzeitig auch eine Starre desselben durch die bekannten Knorpelveränderungen herbeiführen — d. h. er hat den starr dilatierten Thorax (faßförmigen Thorax) zur Folge! Die von Freund auf Grund seiner Auffassung von den Thoraxveränderungen vorgeschlagenen Operationen bei Lungentuberkulose können nach Verfassers Ansicht nur im Umfang der folgenden beschränkten Indikation ausgeführt werden: Bei beginnender oder schon bestehender Spitzentuberkulose ist, solange über eine günstige Wirkung keine entscheidenden Beobachtungen vorliegen, die Operation abzulehnen. Für den prophylaktischen Zweck ist sie offenbar viel zu eingreifend; sie ist nur ausnahmsweise in Kombination mit der sonst als aussichtsvoller erscheinenden und als leichter ausführbar anerkannten Methode der gymnastischen Atemübung anzuwenden. Die von Freund vorgeschlagene Operation beim Emphysem ist nicht durch Beseitigung der primären Ursache, wie er es auffaßt, sondern aus ganz anderem Grunde von Einfluß (vielleicht durch die Einengung des Lungenvolumens auf dem Wege der Rippenverkürzung im Sinne des partiellen extrapleuralen Pneumothorax! — Friedrich) und als eine empfehlenswerte, wohltätige Operation zu betrachten. Sie wirkt direkt erleichternd auf die subjektiven Beschwerden und richtet sich gleichzeitig auch gegen die unangenehmen Komplikationen (Zirkulationsstörung, Beteiligung des rechten Herzens!).

Kr.

Prof. Dr. **de Quervain** (Basel): **Ueber das Wesen und die Behandlung der stenosierenden Tendovaginitis am Processus styloideus radii.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Verf. beschäftigt sich mit einer Affektion, die in den meisten Lehrbüchern der Chirurgie nicht erwähnt wird. Es kommt, besonders bei weiblichen Personen, bisweilen ohne ersichtlichen Grund, bisweilen aber unter dem Einfluß der Ueberarbeitung zu einer relativen Verengerung des Sehnenscheidenfaches des Extensor pollicis brevis und des Abductor pollicis longus, welche zu mehr oder weniger heftigen, nach dem Ellenbogen und nach dem Daumen hin ausstrahlenden Schmerzen führt. Diese Beschwerden zeigen bald den Charakter von akuten Schüben, bald einen von Anfang an mehr chronischen Verlauf. Histologisch konnte Verf. nur eine Verdickung der Wand des Sehnenscheidenfaches, ohne entzündliche Veränderungen, nachweisen. Die Behandlung kann in frischen Fällen in Kälteanwendung, Ruhigstellung, Druckverband bestehen, in schleppenden Fällen in Revulsion (Blasenpflaster, Jodtinktur, reizende Salbe) oder Wärmebehandlung (Heißluftbad); in ganz hartnäckigen Fällen ist offene oder subkutane Durchtrennung des Sehnenscheidenfaches indiziert. Die Heilung war in allen von Verf. operierten Fällen, soweit zu ermitteln war, dauernd. R. L.

Gynäkologie.

Alfons Landeker: Die Behandlung der chronisch entzündlichen Adnexerkrankungen. Kritische Studien nach statistischen Erhebungen aus dem Material des St. Marienkrankenhauses in Berlin und der Poliklinik für Frauenkrankheiten von Dr. Moraller. (Dissertation, München 1911.)

Die konservative Behandlung der chronisch entzündlichen Adnexerkrankungen, die als ideales Ziel in jedem Falle anzustreben ist, versagt leider in einer Reihe von Fällen, teils absolut, teils weil sie sich nicht systematisch genug durchführen läßt. Eine systematisch konservative Behandlung läßt sich nur unter den günstigen Bedingungen eines Krankenhauses wirksam durchführen. Die Entscheidung über die Operation ist abhängig zu machen von dem Erfolg einer etwa 4—6 wöchigen klinischen Behandlung, die man bei zweifelhaften Fällen, wenn irgendwie begründete Hoffnung auf weitere Besserung besteht, nach Verlauf einer etwa 2—3 monatigen nichtklinischen Beobachtungszeit zwecks endgültiger Entscheidung wiederholen kann. Sofort zu operieren ist bei bedrohlichen peritonitischen Reizerscheinungen, so früh als möglich zu operieren ist, wenn begründeter Verdacht auf Appendicitis besteht. An allen anderen Fällen ist die Frühoperation angezeigt, wenn die Frauen nach längerer Krankenhausbehandlung keine wesentliche Besserung ihrer Beschwerden neben dem Fehlen nennenswerter Aenderungen in dem objektiven Befunde zeigen, oder nach Wiederaufnahme ihres Berufes schnell rückfällig werden. Bei der Operation soll man sich nach Möglichkeit nur auf die ausschließliche Entfernung schwer erkrankter Organe beschränken, in jedem Falle aber jugendlichen Patientinnen Reste funktionierender Ovarialsubstanz zu erhalten suchen. Selbst bei Gonorrhoe empfiehlt es sich bei jugendlichen Personen, wenn operiert werden muß, vorerst nur die meist am schwersten erkrankten Tuben wegzunehmen. Erst dann, wenn die Pelvioperitonitis und die Pelviocellulitis darnach nicht ausheilt und der zurückgelassene Uterus durch heftige unregelmäßige Blutungen das Wohlbefinden der Patientinnen stark beeinträchtigt, empfiehlt es sich, die vaginale Radikaloperation der abdominalen partiellen Operation anzuschließen. Hat die Trägerin der gonorrhoisch infizierten Adnexe aber das Alter von 40 Jahren erreicht, dann ist die vaginale Radikaloperation jedem konservativen Operationsverfahren vorzuziehen. Im allgemeinen verdient die abdominale Methode vor der vaginalen den Vorzug, da durch dieselbe die Möglichkeit gegeben ist, möglichst konservierend zu operieren. Diese Sätze gelten nur dann, wenn Tuberkulose sicher auszuschließen ist. F.

Fortschritte u. Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie

Medikamentöse Therapie.

Dr. **A. v. Sasvari** (Budapest): **Die baktericide Wirkung des radioaktiven Jodmenthols [Dioradin].** (Veröffentlichungen der Deutschen Dioradin-Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose, Januar 1912, H. 2.)

Die Laboratoriumsuntersuchungen des Verfassers führten zu folgenden Schlußergebnissen:

1. Sowohl in seinem gewöhnlichen Zustand, als auch im Verhältnis 1:5, 1:20, 1:50, 1:100, 1:200 gelöst, hindert das Dioradin, 30 ccm einer Bouillonkultur oder einer Kartoffelkultur eingeimpft, auffallend stark die Entwicklung der Menschen- wie der Rindertuberkulose bei einer Temperatur von 37°, d. h. dem Verflüchtigungspunkte des radioaktiven Jodmenthols.

2. Die antimikrobische Wirksamkeit nimmt an Stärke und Dauer in direktem Verhältnis zur Konzentration des Dioradins zu.

3. Das in den angegebenen Verhältnissen angewandte Dioradin hemmt die Entwicklung der Tuberkelbacillen und hindert ihr Wachstum und ihre Vermehrung während einer beträchtlichen Zeitspanne. Erst nach der Verflüchtigung des Dioradins beginnt eine langsame und spärliche Entwicklung der Bacillen.

4. In seinem gewöhnlichen Zustand, ebenso wie in seinen Lösungen in den angegebenen Verhältnissen, verhindert das Dioradin nicht nur die Entwicklung von verschiedenen Infektionskeimen (Streptococcus, Staphylococcus), sondern es hat sogar den Anschein, daß es sie tötet, da die betreffenden Lösungen keine Mikroben enthalten haben. Kr.

Dr. **S. A. Pfannenstill** (Malmö): **Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose und anderer lokalinfektiöser Prozesse mit Jodnatrium und Ozon bezw. Wasserstoffsuperoxyd.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 52.)

Das Prinzip der von Verf. angegebenen Behandlung besteht darin, Jodalkalien (NaJ oder KJ) innerlich zu geben und gleichzeitig äußerlich auf den infektiösen Krankheitsherd eine Substanz zu bringen, welche aus dem in das Gewebe gelangten Jodalkali das Jod freimacht. Als solche Stoffe hat er teils Ozon (O_3), teils Wasserstoffsuperoxyd (H_2O_2) benutzt. Eine Vorbedingung für die Wirksamkeit der Methode besteht darin, daß der lokalinfektiöse Prozeß ulcerierend ist oder auf die eine oder andere Weise dazu gemacht werden kann. Oft verhält es sich so, daß oberflächliche, nicht ulcerierende infektiöse Prozesse, besonders Lupus und Tuberkulose, während der Behandlung eben durch die Anwendung der Methode zur Ulceration gebracht werden; in anderen Fällen kann es durch operative Eingriffe geschehen. In erster Linie kam diese Behandlung bei Kehlkopftuberkulose zur Anwendung. Sie wurde in der Weise ausgeführt, daß nach jeder Darreichung von NaJ der Patient durch den Mund schwachangesäuertes O_3 so lange einatmet, wie man annehmen kann, daß NaJ in nennenswerter Weise im Blut vorhanden ist (2—4 Stunden nach jeder NaJ-Darreichung), in der Regel 2 mal täglich, am Vor- und Nachmittag. Von 14 Fällen von Kehlkopftuberkulose wurden 9 auf diese Weise vollständig geheilt. — Bei Lupus der Nase und tuberkulösen Geschwüren wandte Verf. ebenfalls die Methode an; man kann hierbei das O_3 durch H_2O_2 ersetzen, und zwar wird H_2O_2 den Tag über kontinuierlich angewendet, während NaJ auf 3—6 Dosen täglich verteilt wird. Auch nichttuberkulöse lokale Infektionen kann man in dieser Weise behandeln. Soll die Behandlung bei Lupus und Tuberkulose zum Ziele führen, so muß sie längere Zeit hindurch und intensiv fortgesetzt werden; d. h. von NaJ wird 3 mal tägl. 1,0 g oder 6 mal tägl. 0,5 g verabreicht und H_2O_2 wird 2—3 proz., mit 1 pCt. Säure angesäuert, verwendet; bei gewöhnlichen infizierten Wunden muß man die Dosen etwa halb so stark wählen.

Dr. **Berg** (Dortmund): **Cholelithiasis und Chologen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 51.)

Nach den Beobachtungen des Verf. erhöht das Chologen das Lösungsvermögen der Galle für Cholesterin und besitzt eine desinfizierende und gallentreibende Wirkung. Prophylaktisch angewendet, verhütet es die Ausfällung colloider und kristalloider Substanzen in den Gallenwegen. Therapeutisch ist es besonders wirksam in der Bekämpfung der Initialstadien der Gallensteinkrankheit. Es beseitigt entzündliche Erscheinungen in den Gallenwegen und läßt kleinere Steine in den Darm einwandern. Sind die Steine größer, so läßt sich nur das Stadium der Latenz erreichen.

Prof. Dr. **H. Gudden** (München): **Adalin, ein neues Beruhigungs- und Einschläferungsmittel.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Verf. hat das Adalin seit 1½ Jahren klinisch erprobt und schließt sich den von anderen Autoren über das Mittel abgegebenen günstigen Urteilen durchaus an. Die Hauptdomäne für die Anwendung des Adalins bilden die zahlreichen Fälle chronischer Schlaflosigkeit infolge von Neurasthenie (auch sexueller), Hysterie, Herzneurosen, Angina pectoris, motorischen Erregungen (Manie, Dementia praecox) sowie reiner, nervöser Agrypnie, bei der man wegen Gefahr der Angewöhnung und Nachwirkungen nicht gleich stark wirkende Hypnotica und Narkotica anwenden will. Die Resorption des Adalins erfolgt ziemlich langsam, was für die Entfaltung des sedativen Effekts nur von Nutzen ist. Bei Darreichung kleiner Dosen (3—4 mal 0,25—0,5 g gleichmäßig über den Tag verteilt) tritt die kalmierende Wirkung des Adalins, z. B. bei Angstzuständen mit psychischer Depression und initiativen Herzneurosen, am besten in Erscheinung. Will man dagegen Schlaf erzielen, so ist es angezeigt, sogleich mit einer vollen, ausreichenden Dosis von 1—1,5 g Adalin (= 2—3 Tabletten)

einzusetzen. Diese Menge läßt man am besten ½—1 Stunde vor dem Schlafengehen in heißem Getränk (Zuckerwasser, leichtem Tee) einnehmen, um die Resorption zu beschleunigen. Bei der relativen Unschädlichkeit des Mittels kann die Dosis von 2—3 Tabletten auf einmal ohne Risiko gegeben werden. Je nach der gegebenen Menge von 1 g und 1,5 g macht sich nach etwa ½—1 Stunde ein Müdigkeitsgefühl bemerkbar, dem bald darauf ein ruhiger, tiefer Schlaf folgt. Am anderen Tage fühlen sich die Patienten völlig frisch und erquickt; eine kumulierende Wirkung sowie eine Angewöhnung an das Mittel ist kaum zu befürchten. Zusammenfassend nennt Verf. das Adalin ein geradezu ideales Sedativum und Hypnoticum für die allgemeine Nervenpraxis.

Dr. **Dreuw** (Berlin): **Unguenta adhaesiva.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Verf. hat eine „Klebesalbe“ (Unguentum adhaesivum) komponiert, welche bei allen chronischen Infiltraten der Haut, besonders solchen ekzematöser oder psoriatischer Natur, indiziert ist. Diese Salbe hat folgende Zusammensetzung:

Acid. salicylic. . . . . . . 10 g
Pyrogallol
Liq. carbon. deterg. . . . āā 20 „
Zinc. oxyd. . . . . 20 „
Sapon. virid.
Adip. lan. anhydric. . . . āā 25 „
M. D. S. Ung. adhaesiv.

Die Salbe ist weißgrau. Im Salbentopf färbt sich die Oberfläche schwarz infolge ihrer intensiven reduzierenden Eigenschaften, während der Kern der Salbe grau bleibt. Die Salbe hat eine klebrige Konsistenz und haftet daher der Haut intensiv an. Die Applikation geschieht entweder direkt oder so, daß man mittels eines Spatels die Salbe auf ein Stückchen Leinwand, Taft, Cambricbindenstoff etc. messerrückendick aufträgt und den so armierten Stoff dann für 1 bis 2 Tage auf die infiltrierte Stelle appliziert, wo er vollständig festhaftet. Hier und da empfiehlt sich eine Befestigung mit einer Mullbinde oder Heftpflasterstreifen, namentlich am Knie oder Ellbogen. Eine Reizung durch die Salbe tritt trotz ihrer hohen Konzentration nicht auf. Die aufgestrichene Salbe färbt sich nach einigen Stunden schwarz. Die Haut wird mit Benzin gereinigt. Die Wirkung ist namentlich bei chronischen infiltrierten Ekzemen manchmal geradezu frappant. In 4 bis 5 Tagen schwanden lokalisierte chronische Ekzeme, die ½—1 Jahr und länger jeder Therapie getrotzt hatten. — Damit der Sauerstoff der Luft möglichst ferngehalten wird, wird die Salbe am besten in luftdicht verschließbaren Kruken verpackt. Nach Entnahme eines kleinen Quantums der Salbe wird der Deckel wieder luftdicht geschlossen. R. L.

Serumtherapie.

Dr. **Max Crohn** (Halberstadt): **Die Behandlung postdiphtherischer Lähmungen durch Heilserum.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

K o t h s hat vor einigen Jahren die Injektion großer Heilserumdosen zur Bekämpfung der postdiphtherischen Lähmungen empfohlen; er gab im ganzen 25 000—35 000 Immunitätseinheiten auf eine Reihe von Tagen verteilt (alle 2 Tage eine Injektion), daneben reichlich Strychnin subkutan. Dadurch wurde Verf. angeregt, in einigen schweren Fällen von postdiphtherischen Lähmungen ebenfalls die Serumtherapie zu versuchen. In drei derartigen Fällen (zwei Knaben von 12 Jahren, ein Knabe von 4 Jahren) genügte aber schon die einmalige Einspritzung einer mäßigen Dosis von Diphtherieheilserum (1000—1500—2000 Immunitätseinheiten), um die schweren Erscheinungen zum Rückgang zu bringen und die Heilung einzuleiten; in einem dieser Fälle, in welchem gleichzeitig erhebliche Herzschwäche bestand, wurde daneben Digitalysat angewendet. Verf. ist auf Grund dieser Beobachtungen der Ansicht, daß in derartigen Fällen eine einzige Injektion einer mäßigen Dosis genügt; wenigstens besteht keine Notwendigkeit, noch weitere Serummengen einzuverleiben, sobald man einen Stillstand im Fortschritt der Lähmungen oder gar eine leichte Besserung derselben feststellen kann. Erscheinungen von Serumkrankheit wurden von Verf. nicht beobachtet.

Dr. **L. Beltz** (Cöln): **Ueber die intravenöse Anwendung des Pneumokokkenserums.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Verf. wandte bei 25 Kranken, die innerhalb der ersten drei Tage nach Ausbruch des pneumonischen Prozesses, gerechnet vom initialen Schüttelfrost, in Behandlung traten, das R ö m e r - M e r c k sche polyvalente Pneumokokkenserum an, und zwar wurden jedem Patienten sogleich nach der Einlieferung 400 Immunitätseinheiten intravenös injiziert. Am folgenden Tage wurde dann, wenn ein Effekt nicht festzustellen war, die Injektion mit der einfachen oder auch mit der doppelten Dosis wiederholt. Einige Male wurde aus besonderen Gründen auch am dritten Tage oder im weiteren Verlauf eine nochmalige Injektion vorgenommen. Es wurden am 1. und 2. Tage 4, am 2. und 3. 13, am 3. und 4. Tage 5 Patienten injiziert. Die Krisis trat ein bei diesen Patienten am 2. Tage 1 mal, am 3. Tage 6 mal, am 4. Tage 3 mal, am 5. Tage 2 mal, am 6. Tage 2 mal, am 7. Tage 1 mal. Zwei Kranke kriselten am 9. Tage, der eine davon war am 3. und 4., der andere am 5. und 6. Tage der Erkrankung injiziert worden. Bei 4 Patienten fiel die Temperatur lytisch, und zwar 3 mal bis zum 8. Tage (Injektion am 2. und 3. Tage), einmal bis zum 14. Tage (Injektion am 5. Tage der Erkrankung). 4 Patienten starben am 3., 8., 12. und 13. Tage. Eine schnelle Lösung und Verschwinden aller physikalischen Erscheinungen im Anschluß an die Krise, meist am 3. und 4. Tage, konnte in 9 Fällen bei täglich genau bestimmtem lokalem Lungenbefund konstatiert werden. Bei 15 der injizierten Kranken wurde eine bemerkenswerte Besserung des Allgemeinbefindens gesehen: Linderung oder völlige Beseitigung der Schmerzen, freiere Atmung, Klärung des Sensoriums und allgemeine Euphorie. Ungefähr ebenso oft blieb die Pneumonie auf einen Lappen beschränkt, 9 mal ging sie weiter trotz Injektion. Bei den Verstorbenen handelte es sich 2 mal um eine Dreilappenpneumonie, die mit alter Tuberkulose resp. frischer Perikarditis kompliziert war, 1 mal um eine biliöse Pneumonie, die 2 Lappen ergriffen hatte, 1 mal um totale Hepatisation der ganzen rechten Lunge. Eine Einwirkung der Seruminjektion auf die Leukocytose in bestimmter Richtung wurde nicht konstatiert; es fand sich bald Vermehrung, bald Verminderung der Leukocytenzahl. Eine günstige Beeinflussung des Kreislaufs durch das Serum wurde nicht beobachtet, deswegen wurden neben der Serumtherapie in allen bedrohlichen Fällen die üblichen Herz- und Gefäßtonica angewendet, daneben auch gelegentlich hydriatische Maßnahmen. Irgendeine Schädigung durch die Serumanwendung konnte ebensowenig festgestellt werden. Der Vergleich mit 25 Fällen von Pneumonie, die im Vorjahre ohne Serum behandelt worden waren, ergiebt eine deutliche Verschiebung der Krise nach vorn. Die Zahl der Todesfälle war in beiden Serien gleich (4 = 16 pCt.) Verfasser empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen, in allen Fällen, die frühzeitig zur Beobachtung gelangen, besonders wenn eine Abkürzung des pneumonischen Prozesses dringend indiziert erscheint, die sofortige intravenöse Injektion hoher Serumdosen. R. L.

Physikalische Therapie.

Dr. med. **Jenny Perlmann** (Straßburg): **Heißluftbehandlung der Ekzeme im Säuglingsalter.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Veranlaßt durch eine Mitteilung von E s a u hat Verfasserin die h e i ß e L u f t bei verschiedenartigen Säuglingsekzemen angewendet. Meistens waren es Kinder, die monatelang vorher mit Oelabreibung, Zinkpasten erfolglos behandelt waren und deren Allgemeinbefinden stark gestört war. Schon wenige Sitzungen genügten, um durch die Anwendung der heißen Luft die heftige Unruhe, den Juckreiz zu bannen. Vor allem glänzende Erfolge wurden bei nässenden Ekzemen erzielt, aber auch im Stadium papulosum, squamosum, vesiculosum waren die Erfolge gut, wenn es auch längerer Behandlung bedurfte. Auch bei Furunkulose bewährte sich die Heißluftbehandlung durchaus; zahlreiche Furunkeln schrumpften unter der Behandlung und verschwanden spontan; andere, bei denen eine Inzision indiziert war, bedurften gar keines Verbandes, sondern trockneten nach sofortiger Applikation der heißen Luft rasch ein und vernarbten innerhalb weniger Tage. Zur Anwendung kam ein einfacher Heißluftapparat aus Nickel (von T h a m m , Berlin NW., Karlstr. 14), der sehr handlich ist und sich leicht auf die ekzematösen Körperstellen applizieren läßt. Eine tägliche Sitzung von 5—10 Minuten genügte meist. Im Laufe des Tages wurden die mit Ekzem behafteten Körperstellen mit Olivenöl abgerieben.

Oberarzt Dr. **Biermann** (Heidelberg): **Beiträge zur Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Seit im Jahre 1904 die Behandlung der Leukämie mittels Röntgenstrahlen eingeführt wurde, ist diese Methode nicht von der Bildfläche verschwunden, wenn auch die ursprünglich auf sie gesetzten Erwartungen nicht ganz erfüllt wurden. Wenn auch keine völlige Heilung, so wurde doch in vielen Fällen weitgehende Besserung erzielt, besonders in den Fällen von myeloider Leukämie, wo der Prozentsatz der Besserungen auf bis zu 90 pCt. geschätzt wird, während die Behandlung bei der lymphoiden Leukämie in 30 pCt. der Fälle erfolglos blieb. In den myeloiden Fällen ist das Kleinerwerden des Milztumors, die Besserung des Blutbildes und Hebung des Allgemeinzustandes nach Röntgenbestrahlung meist sehr ausgesprochen. Auch in der Heidelberger medizinischen Universitätsklinik wurden

günstige Erfolge erzielt. Verf. berichtet speziell über 5 Fälle, von denen er selbst 3 beobachtet und behandelt hat. Die beiden ersten Fälle wurden durch die Röntgenbestrahlung wenig beeinflußt; in einem Falle wurde zwar zunächst Besserung einzelner Symptome erzielt, jedoch sank gleichzeitig die Erythrocytenzahl mehr und mehr, ebenso der Hämoglobingehalt, und die Patientin ging bald unter zunehmender Schwäche und Somnolenz zugrunde. Dagegen wurde in zwei Fällen ein guter Erfolg erzielt, sowohl hinsichtlich der objektiven Symptome (Zurückgehen des Milztumors, Verminderung der Leukocytenzahl, Zunahme des Körpergewichts) als auch hinsichtlich des Allgemeinbefindens. Besonders der in dem einen Fall erzielte Erfolg kommt einer Heilung fast gleich und hat bis jetzt angehalten. Was die von Verf. angewandte Methode anlangt, so wurde regelmäßig etwa 1 X nach Kienböck verabreicht unter Benutzung möglichst harter Röhren von 10—12 W, Fokusabstand 50—60 cm, Abdeckung der bestrahlten Hautstelle mit mittelstarkem Leder, zwecks Unschädlichmachung der weichen Strahlen, und der weiteren Umgebung mit dickem Bleigummi. Die Sekundärbelastung der Röhren betrug gewöhnlich 0,5 bis 1 Milliampère, die Dauer einer Sitzung 8—10—15 Minuten. Wenn möglich, wurde immer nur einen um den anderen Tag oder in noch größeren Intervallen bestrahlt, so daß eine Erythemdosis erst in 2—3 Wochen erreicht wurde. Auf diese Weise werden Verbrennungen vermieden. R. L.

Chirurgische Therapie.

Dr. **Gontermann**, Chirurg in Spandau: **Ein neuer Handgriff zur Narkose.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1911, No. 50.)

Der von Verf. beschriebene Handgriff soll die unangenehmen Folgen, die das Vorziehen der Zunge mit der Zange und das Kieferhalten haben, vermeiden. Derselbe läßt sich vorzugsweise bei Kopftieflage anwenden. Nach Oeffnen des Mundes mit dem Sperrer wird ein breitgefaßter, 3—4 cm dicker, fester, runder Stieltupfer von der anderen Seite in den Rachen eingeführt. Um die zurückgefallene Zunge durch das Einführen nicht noch mehr zurückzudrängen und um sie gleichzeitig schon nach vorn zu heben und später halten zu können, ist es erforderlich, daß das Einführen des Stieltupfers unter rotierenden Bewegungen geschieht und zwar so, daß die Zunge durch die Drehung nach vorn gehoben wird. Diese Drehungen des Stieltupfers sind also verschieden je nach der Seite, von der man mit demselben in den Mund eingeht. Man rollt nun einfach den Tupfer auf der Zungenoberfläche bis auf den Zungengegend vor die Epiglottis und hat nun die Zunge auf dem Stieltupfer ruhen. Durch Vordrücken desselben in der Richtung nach der Regio submentalis — nicht nach der Mundöffnung, weil er dann abgleiten würde — läßt sich die Zunge nach vorn hebeln. Die Epiglottis folgt dieser Bewegung, und so wird der Kehlkopfeingang frei. Es ist leicht, während der ganzen Narkose auf diese Weise das Instrument zu halten. Man erleichtert sich das Festhalten, indem man den Handgriff gegen die seitliche obere Zahnreihe stützt, und man kann so die Zunge bequem nach vorn hebeln. Da der Tupfer sich allmählich voll Schleim saugt, wird er schlüpfrig und muß daher gewechselt werden. In dem Aufsaugen des Schleimes liegt ein zweiter Nutzen des Tupfers. Nach dem Einlegen des Stieltupfers ist der Mundsperrer nicht mehr erforderlich.

Dr. **Emil Schepelmann**, Assistenzarzt an Prof. Wullsteins chirurg. und orthopäd. Privatklinik in Halle a. S.: **Chinin als Lokalanästheticum.** (Die Therapie der Gegenwart, Dezember 1911.)

Die Versuche Browns, Adenotomien und Tonsillotomien unter Anästhesierung mit Chinin auszuführen, regten Verf. an, die betäubende Wirkung des Chinins auch bei anderen chirurgischen Eingriffen zu prüfen. Zahlreiche Versuche, die er anfangs an Tieren, sowie an sich selbst, später an Patienten anstellte, bewiesen die absolute Unschädlichkeit der zur Verwendung kommenden Dosen sowohl bezüglich der lokalen als auch der toxischen Allgemeinwirkung; unangenehm war im ersten Moment der kurz dauernde, brennende Schmerz an der Einstichstelle, den Verf. jedoch später zu vermeiden lernte durch den von Martinet empfohlenen Zusatz von Antipyrin. (Nach Fergusson soll auch das Chinin. bihydrobromatum keinen nennenswerten Schmerz verursachen.) Das Rezept lautet:

Rp. Chinin. muriatic. . . . 0,3 g
Antipyrin . . . . . . 0,3 „
Aq. destill. . . . ad 10,0 „
M. D. ad vitr. steril. cum collo amplo.
S. Zur Infiltrationsanästhesie.

Je nach Größe des Operationsfeldes verwendet Verfasser ¼ bis 1 bis 2 Spritzen oder mehr; es ist klar, daß von einer schädlichen Chininwirkung bei diesen kleinen Dosen überhaupt keine Rede sein kann. Die Unempfindlichkeit tritt nach ½ bis 1 Minute ein; sie läßt sich etwas beschleunigen und nach der Peripherie hin erweitern durch Beimischung von Adrenalin, das zugleich (ähnlich dem Antipyrin) den brennenden Schmerz im Moment des Einspritzens lindert. Die Anästhesie ist eine vollständige, so daß alle Oberflächenoperationen durchaus schmerzlos auszuführen sind; dabei fehlt das beim Kokain zu beobachtende Gefühl des Taubseins oder Abgestorbenseins. Die Dauer der Operation ist belanglos; oft hat Verf. bei sich selbst noch nach 6 Stunden totale Unempfindlichkeit bemerkt, nach 10 bis 12 Stunden starke Hypästhesie bei mäßiger Einengung des Wirkungsgebietes, nach 24 bis 48 Stunden noch eben nachweisbare Hypästhesie. Was die Betäubung von Schleimhäuten betrifft, so ist die Verwendung von Chinin in der Mundhöhle wegen seiner Bitterkeit nicht angenehm; endonasal dagegen hat Verf. es verschiedentlich benutzt, ohne allerdings durch das Bepinseln eine dem Kokain analoge Wirkung zu erzielen. Der regionären Anästhesie mit Chinin bediente Verf. sich verschiedentlich bei Hunden mit vollstem Erfolge; nach Injektionen auf dem Ischiadicus z. B. (½ bis 1 Spritze) konnte Verf. mehrere Stunden lang mit dem Paquelin das betreffende Bein ohne den geringsten Reflex von seiten des Tieres bearbeiten. Schädliche Nachwirkungen kamen nicht zur Beobachtung. Schließlich hat Verf. bei Kaninchen das 3 proz. Chinin zur Lumbalanästhesie benutzt und auch hier volle Wirkung erzielt.

Dr. **J. Voigt** (Göttingen): **Ueber das Entfernen von Haarnadeln aus der weiblichen Blase nach einem einfachen Verfahren.** (Therapeut. Monatshefte, Dezember 1911.)

Ein 21 jähriges Mädchen führte sich eine Haarnadel in die Urethra ein, wobei sie ihr entglitt und verschwand. Verf. stellte bei der cystoskopischen Untersuchung fest, daß sich die Nadel urethralwärts von der Mündung des rechten Ureters mit beiden Spitzen in die Blasenwand eingespießt hatte; sie ragte vollständig frei nach oben und hinten in die Harnblase hinein. Zur Eröffnung der Blase konnte Verf. sich nicht ohne weiteres entschließen, obgleich ein Versuch, die Haarnadel durch die Urethra zu entfernen, ohne eine Erweiterung der Harnröhre geringe Aussicht auf ein Gelingen bot. Da eine Dilatation eine dauernde Inkontinenz zur Folge haben kann, sollte diese unter allen Umständen vermieden werden. Das einzige Instrument, welches Verf. zu diesem Vorgehen zur Verfügung stand, war eine lange Kornzange, welche, eigentlich für Aetzungen der Uterusschleimhaut konstruiert, in geschlossenem Zustande kaum stärker war, als eine dicke Uterussonde. Dieses Instrument führte Verf. neben dem Schaft des Cystoskops in die Blase ein. Nach einigen Versuchen gelang es auch, unter Leitung des Auges erst die vordere, dann die hintere Spitze der Haarnadel zu fassen und aus der Blasenwand herauszuziehen. Als Verf. die Kornzange wieder öffnete, fiel die Nadel aber unglücklicherweise so in die Blase hinein, daß ihre Spitzen nach der Urethra hin gerichtet waren. Nach verschiedenen vergeblichen Bemühungen, den Bügel der Nadel nach der Harnröhrenmündung hin zu drehen, versuchte V., ohne die Kornzange zum Ziel zu kommen, indem er den Schnabel des Cystoskops von unten her in den Bügel der Haarnadel einhakte. Er hob nun den Schnabel des Instruments stark nach oben und links und zog zugleich das Instrument nach hinten unten an; so gelang es, den Bügel der Haarnadel vor das Ostium internum urethrae zu bringen. Eine Verletzung der Blasenschleimhaut wurde dadurch vermieden, daß die Nadel ganz beweglich auf dem Schaft des Cystoskops hing. Um sie nun durch die Harnröhre nach außen zu befördern, führte Verf. den Schnabel des Cystoskops jetzt von oben her zwischen die Schenkel der Haarnadel, indem er mit einem Finger von der Vagina aus einen Gegendruck ausübte, und zog mit dem nach unten gerichteten Lampenträger die Haarnadel leicht heraus. Die nochmalige Besichtigung der Blase zeigte, daß die beiden Stichwunden, aus denen die Nadelspitzen entfernt worden waren, nicht bluteten; sonstige Verletzungen der Blasenschleimhaut waren nicht vorgekommen. Kr.

Privatdozent Dr. **W. Gilbert** (München): **Ueber die Wirkung des Dyesschen Aderlasses beim Glaukom.** (v. Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 80, H. 2.)

Bei Glaukomkranken findet man häufig zum Teil erhebliche Steigerungen des Blutdrucks. Daß die Blutdrucksteigerung für den glaukomatösen Prozeß nicht gleichgültig ist, zeigt der therapeutische Effekt der hierbei zuerst von Eversbusch seit dem Ende der 80 er Jahre methodisch geübten Dyesschen Venaesectio, wobei 3 g Blut pro Kilogramm Körpergewicht abgelassen werden, mit Unterstützung durch nachfolgende Diaphorese. Verf. hat in der Eversbuschschen Klinik an einer Reihe von Glaukomkranken die Einwirkung der Venaesectio nach Dyes auf den Augendruck mittels des Schiötzschen Tonometers messend verfolgt und berichtet in der vorliegenden Arbeit über die dabei erhaltenen Ergebnisse. Aus der ganzen Untersuchungsreihe ist ausnahmslos die druckherabsetzende Wirkung der diaphoretischen

Venaesectio, wenn auch nicht überall in gleichem Maße, ersichtlich. Beim entzündlichen Glaukom tritt das Maximum der Druckabnahme öfters etwas später auf als beim Glaucoma simplex, nämlich erst im Verlauf des zweiten Tages, und hält bis über den dritten und vierten Tag hinaus an. Die Herabsetzung des Augendruckes geht Hand in Hand mit der des Blutdruckes nach der Venaesectio. — Alles in allem ergeben sich für die therapeutische Verwendung des Aderlasses bei Glaukom folgende Gesichtspunkte: 1. Im Stadium prodromale periodische Venaesectio unter Kontrolle des Blut- und Augendruckes neben Lokalbehandlung mit Mioticis und der sorgfältigsten Regelung des Allgemeinzustandes (Vermeidung von Alkohol und Tabak, antiarteriosklerotische und purinfreie Diät). 2. Bei Glaucoma evolutum ist die Venaesectio an den Beginn der Behandlung zu stellen und einer beabsichtigten Operation vorauszuschicken, und zwar bei Glaucoma simplex 6—24 Stunden, bei Glaucoma inflammatorium 24—48 Stunden vorher. R. L.

Geburtshilfe.

Kreisarzt Dr. **E. Partos** (Szany, Ungarn): **Beitrag zur Behandlung der atonischen Blutung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Verf. ersetzte in einem Falle von atonischer Blutung post partum die Dührssensche Tamponade der Uterushöhle durch folgendes Verfahren: Er nahm die größte Nummer (No. 5) seines Barnesschen Gummiballons, brachte den Ballon auf eine Minute in siedendes Wasser, wickelte ihn in vier viereckige Lagen von steriler Jodoformgaze (40×40 cm) ein, deren Ecken er mit dem Schlauch des Metreurynters zusammenhielt. Jetzt führte er ohne Zuhilfenahme eines Instruments den so hergerichteten Gazeballon-Tampon in die Scheide, dann in die Gebärmutterhöhle ein. Nun wurde der Ballon durch die Hebamme mittels einer sterilisierten Metallspritze mit kaltem sterilen Wasser langsam gefüllt. Die einführende rechte Hand, resp. zwei Finger, blieben an Ort und Stelle zur Kontrolle, die linke Hand kontrollierte den Fundus durch die Bauchdecken. Nachdem allmählich 400 ccm Wasser in den Ballon gefüllt waren, stockte die Blutung völlig. Nachdem der Uterus hart blieb, wurde etwa die Hälfte Wasser nach einigen Stunden wieder abgelassen. Nach 18 Stunden, nachdem sich kein Blut mehr gezeigt hatte, wurde der Ballon entfernt und noch eine Spülung gemacht. Verf. empfiehlt diese Gazeballon-Tamponade zur Anwendung in ähnlichen Fällen; sie ist nach ihm technisch einfacher als die Dührssensche Tamponade, vermeidet bei mangelnder Asepsis die Bloßlegung der Cervix und schließt so die Infektionsgelegenheit ganz aus. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 17. Januar 1912 (Schluß).

Diskussion über den Vortrag des Herrn E. Joseph: „Diagnose chirurgischer Nierenerkrankungen mit Hilfe der Chromocystoskopie.

Herr **Roth**: Die Chromocystoskopie ist nur scheinbar so einfach, wie es der Vortragende dargestellt hat. Bei normalen Fällen ist sie in 10 Minuten abgetan, bei pathologischen dagegen kann sie eine halbe Stunde und noch länger in Anspruch nehmen.

Auch was die Sicherheit der Resultate betrifft, kann man dem Vortragenden nicht beipflichten. Die Chromocystoskopie ist nicht sicherer als der Ureterenkatheterismus. Bei Pyelonephritis und Tuberkulose zeigt sich in einem größeren Teil der Fälle ein ganz normaler Ausfall der Farbenreaktion. Wenn man gar keinen oder nur einen schwach gefärbten Urin bekommt, so darf man daraus noch nicht ohne weiteres seine Schlüsse ziehen. Die Chromocystoskopie darf nur als Orientierungsmethode gelten und es wäre als Rückschritt zu betrachten, wollte man zu ihren Gunsten den Ureterenkatheterismus zurückdrängen. Unsere Aufgabe ist es, beginnende Krankheiten zu erkennen, wozu aber die Josephsche Methode sich nicht eignet.

Herr **Rosenstein**: Von der Anwendung des Ureterenkatheterismus bei Blasen- und Nierentuberkulose hat R. keinen Schaden gesehen; gleichwohl wäre es wünschenswert, die Sondierung der Niere bei erkrankter Blase zu vermeiden. Das durch die Chromocystoskopie im Gegensatz zum Ureterenkatheterismus etwas Sicheres geleistet wird, möchte Redner indes bezweifeln. Außer dem Ureterenkatheterismus stellt die Diastasebestimmung im Urin nach Wohlgemuth eine wertvolle Bereicherung der diagnostischen Mittel dar, die den Redner bei der Funktionsprüfung der Nieren noch nie in Stich gelassen hat. Die Chromocystoskopie zusammen mit dem Ureterenkatheterismus sind wertvolle Bausteine in der Diagnostik der Nierenerkrankung, wenn man alle sonstigen Methoden mit in Betracht zieht.

Herr **Israel** erblickt gleichfalls den Hauptvorzug der Chromocystoskopie in ihrer Kombination mit dem Ureterenkatheterismus. Auf Grund einer 30 jährigen Erfahrung und einer dauernden Beobachtung der in dieser Zeit operierten Kranken muß I. betonen, daß man bei einseitiger Nierentuberkulose nie operieren soll, ohne die absolute Ueberzeugung gewonnen zu haben, daß die andere Niere nicht tuberkulös ist, und diese Sicherheit kann nur erreicht werden durch den Katheterismus der anscheinend gesunden Niere und das nachfolgende Experiment mit dem aus dieser Niere gewonnenen Harn. Die Ausscheidungsmöglichkeit von Tuberkelbacillen aus gesunder Niere ist nicht ganz einwandfrei bewiesen. Bei doppelseitiger Nierentuberkulose kann wohl eine Indikation zur einseitigen Nephrektomie auf der schwerer erkrankten Seite vorliegen; allerdings nicht im Sinne einer Heilung, die ausgeschlossen ist, als vielmehr um schwere und unangenehme Symptome, wie schwere Blutung und Eiterung, zu beseitigen.

Die Majorität der Kranken mit Nierentuberkulose hat wenig Beschwerden von ihrem Leiden; dies wissen wir, seitdem wir die initialen Fälle zu erkennen gelernt haben. Operiert dürfen diese nur dann werden, wenn man die positive Sicherheit hat, daß der Mensch durch die Operation gesund gemacht werden kann, d. h. daß die andere Niere zur Zeit der Operation gesund ist. Diese Feststellung kann nur durch den Ureterenkatherismus gemacht werden.

Herr **Casper** gibt zu, daß die Chromocystoskopie als eine wertvolle Bereicherung der diagnostischen Hilfsmittel zu betrachten ist. Was indes der Vortragende von dem Werte der Methode gesagt hat, das gilt nur für die Schulfälle, und für diese benötigen wir ihrer nicht. Für die schwierigen Fälle muß ihre Bedeutung noch viel mehr eingeschränkt werden. Kommt bei der Beobachtung kein Farbstoff, so wäre es ein arger Fehlschluß zu sagen, daß die Niere keinen Farbstoff ausscheidet. So kommt es vor, daß bei Druck eines Adnex- oder Darmtumors auf den Ureter der Harn nicht ausgeschieden werden kann. Ferner kann der Ureter zuweilen auch träge funktionieren. Ebenso falsch wäre es, bei Auftreten des blauen Farbstoffes auf Gesundheit und gute Funktion der betreffenden Niere zu schließen. Bei der großen weißen Niere, bei Tumoren und auch bei Tuberkulose, kann die erkrankte Niere sehr wohl einen blauen Harnstrahl liefern. Im Gegensatz zum Vortragenden stellt C. die Forderung auf, in jedem Falle von einseitiger Nierentuberkulose, wenn es sich um die Operation handelt, stets durch Ureterenkatheterismus der vermeintlich gesunden Niere festzustellen, ob diese gesund ist. Erst bei negativem Ausfall der Impfung ist die Operation der anderen Niere erlaubt. Der Schaden, der eventuell durch den Ureterenkatheterismus herbeigeführt werden kann, ist unverhältnismäßig viel geringer als derjenige, der durch die Unterlassung desselben verursacht werden kann. Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung“.)

Sitzung vom 5. Februar 1912.

Vorsitzender: Herr Fürbringer.

Vor der Tagesordnung:

Ein Fall von Darmabsceß nach Darmdivertikel.

Herr **Ewald** sah am 31. Dezember v. J. einen 60 jährigen Mann, der vorher wegen einer alten Gicht eine Kur in Aachen absolviert, im Dezember wiederholt Schüttelfröste und vom Badearzt auf die Diagnose Malaria hin Chinin bekommen hatte. Die Schüttelfröste blieben nicht aus, aber der Magen wurde schlecht. Pat. hatte keinen Milztumor. Die Blutuntersuchung fiel negativ aus. Die Fröste wiederholten sich regelmäßig im Typus einer Quotidiana; im Urin fand sich Zucker 1—2 pCt. und ein Eiweißgehalt von 7 pro Mille, keine Formelemente. Der Eiweißgehalt verschwand bald. Sclmerzen im linken Hypochondrium, später in der Gegend der Flexura sigmoidea; dort ließ sich eine Resistenz nachweisen. Die Diagnose lautete auf Bauchabsceß ev. vom Pankreas aus. Aber die Leukocyten waren nicht vermehrt. Pat. bekam Chinin; die Fieberanfälle wurden unregelmäßig, aber das Gesamtbefinden blieb unverändert; ziemlich plötzlich Kollaps und Exitus. Die Sektion ergab am Dickdarm, und zwar am Colon transversum, eine große Zahl von Divertikeln; um das Colon herum lag ein mächtiger Absceß, der nur noch schmierigen Inhalt aufwies; er reichte vom Magen und Pankreas bis zur Milz und zum Zwerchfell. Der Befund erklärt die Schüttelfröste. Das Pankreas war unverändert. Ein Durchbruch eines Darmdivertikels in die Bauchhöhle ist selten. Die wahren Divertikel durchsetzen und stülpen die ganze Darmwand aus; sie sitzen nur im Dünndarm; das Meckelsche Divertikel wird durch das Offenbleiben des Ductus omphalomesentericus erklärt. Die multiplen (v. Hansemann hat

einmal 400 gezählt) sitzen hauptsächlich im Dickdarm; hier saßen sie alle im Colon transversum; sie können zu Ileus, Peritonitis und abgekapselten Abscessen führen.

Tagesordnung:

Chemotherapeutische Probleme.

Herr **F. Blumenthal** hat seit mehreren Jahren Untersuchungen über die chemische Affinität parasitizider Substanzen zu den Organen angestellt, weil er meint, daß man therapeutisch solche Substanzen benutzen soll, welche auf die Zellen einwirken, und weil die Verteilung derselben in den Geweben Aufschluß über den Mechanismus der Wirkung gibt, ob sie allgemein ist oder von bestimmten Organen ausgeht. Vor 1¼ Jahren sprach er hier über Arsenverbindungen. Heute will er die Quecksilberpräparate behandeln.

Ist die Affinität des Hg zu den Geweben oder einem bestimmten Gewebe von der chemischen Bindungsformel des Hg abhängig? Läßt sich die Affinität beeinflussen? In allen ionisierbaren Hg-Salzen ist die Giftigkeit der Verbindung sehr groß. Es muß das Hg hier sehr wirksam sein, sonst würde es nicht möglich sein, daß geringe Spuren auf Syphilis so kräftig einwirken. Denn wir injizieren mit einer Spritze 0,02 Sublimat, das sind nur 14 mg Hg. Andere Salze gestatten noch weniger Hg zu verwenden. Nur Kalomel macht eine Ausnahme, mit 0,1 werden 85 mg Hg eingeführt. Anders ist es, wenn Hg an den aromatischen Kern gebunden ist; entweder ist es hier nur mit einer Valenz gebunden, z. B. als Salicylsäure-Salz oder mit beiden Valenzen, als unlösliche oder gelöste Verbindung, z. B. Asurol. Hier ist es im ersten Falle mit Schwefelammonium möglich, durch Erhitzen das Hg in schwarzem Niederschlage zu fällen, so gelingt es, wenn es mit beiden Valenzen an einen aromatischen Kern gebunden ist, auch nicht unter Erhitzung diese Reaktion zu erzielen.

Vortr. hat ziemlich konstante Verhältnisse bei Tierversuchen mit ionisierbaren Hg-Salzen gefunden; Hg war immer nur in der Leber, nie in dem Blute und anderen Organen, auch nicht im Gehirn vorhanden. Das kolloidale Quecksilber verhielt sich fast völlig harmlos, desgleichen das Diamidosalz; dagegen erwiesen sich die Dinitro- und Dioxysalze als giftig. Die Giftigkeit einer Hg-Verbindung und ihre chemische Affinität zu den tierischen Geweben sind nicht identisch. Es kann eine Substanz zu Geweben affin sein, ohne giftig zu sein, also organotrop ohne therapeutischen Effekt sein; das gilt hier z. B. für die Leber.

Anders liegen die Verhältnisse bei den Präparaten, die in der Wärme auf Zusatz von Ammoniumsulfat Hg abspalten. Hier finden wir keine Veränderung der Affinität zu den Geweben, je nachdem wir die Seitenketten des aromatischen Kernes verändern. Es besteht eine große Affinität zur Leber, keine zum Blut, zu den Lungen und zum Gehirn. Das Verhalten ist das gleiche wie bei den anorganischen Hg-Salzen. Dagegen unterscheiden sie sich scharf durch Giftigkeit.

Alle diese Präparate haben keine Affinität zum Blute. Das beweisen eingehende Untersuchungen mit Sublimatinjektionen. Wurden die Tiere nach 22 Stunden getötet, so war nicht die Spur Hg im Blut, dagegen ein deutliches Depot in der Leber nachweisbar.

Es kann also eine erhebliche antisyphilitische Wirkung zustande kommen, ohne daß Hg längere Zeit im Blute kreist. Alle diese Mittel, die gute Antisyphilitica sind, lassen nach kurzer Zeit kein Hg mehr im Blute nachweisen.

Vortr. fand nur zwei Präparate, bei denen längeres Verweilen von Hg im Blute sich zeigen ließ, das Dinitro- und das Dioxyprodukt. In allen anderen Fällen, mit Ausnahme der Amidoverbindung und des colloidalen Quecksilbers, war keine Affinität zum Blute nachweisbar.

Lassen sich diese Beziehungen des Hg zu den Geweben durch Einführung einer zweiten Substanz verändern? Vortr. suchte nach einer Substanz, die das Hg in Organe bringt, in die es sonst nicht hineingeht. Er injizierte Kaninchen die Hg-Präparate und gab ihnen gleichzeitig per os JK, wie dies bei tertiärer Lues geschieht. Es ergab sich die überraschende Tatsache, daß Jodkali die Affinität des Hg zur Leber vermindert und sogar aufhebt, dagegen keine neue Affinität zu einem anderen Gewebe schafft.

Während J bei den aromatischen Arsenikalien ein Transporteur für As ist, es in die Leber transportiert, transportiert es hier Hg aus der Leber heraus. Die Hg-Wirkung wird also bei gleichzeitiger Darreichung von JK abgeschwächt. Nach Lesser wird bei sekundärer Lues durch gleichzeitige Darreichung von JKa die Wirkung der Hg-Therapie verringert.

Vortr. hat kein Präparat gefunden, das Affinität zur Nervensubstanz zeigt. Trotzdem läßt sich Hirnsyphilis durch Hg beeinflussen. Also ist entweder die Wirkung auf den Prozeß im Gehirn oder die Spirochäten von der cerebralen Affinität des Hg unabhängig oder die Affinität zu dem menschlichen ist eine andere als zu dem Kaninchenhirn. Dafür gibt es eine Analogie hinsichtlich der Salicylsäure. Ihre Affinität zu den Gelenken ist bei den Kaninchen, die mit Staphylokokken behandelt worden sind, größer als bei gesunden.

Die antisyphilitische Wirkung des Quecksilbers ist von seiner Deponierung in der Leber abhängig. Nur bei Affinität des Präparates zur Leber wirkt es. Hg wird in der Leber in die spezifische Substanz umgewandelt, als die es seine Wirkung entfaltet.

Diskussion:

Herr **M. Jacoby**: Beim colloidalen Quecksilber liegt vielleicht eine Möglichkeit vor, die seine geringe Wirkung erklärt. Redn. fand, daß die Colloide sehr intensiv an Ort und Stelle der Zuführung abgelagert werden; sie sind zum Teil wirksam, weil sie tropfenweise in den Organismus aufgenommen werden. Die Organotropie braucht nicht parallel der Wirksamkeit zu gehen. Die Ablagerung in den Organen ist nicht Ursache der Giftwirkung, sondern direkt die Vorbedingung für die Entgiftung; das Gift wird von den gefährdeten Organen ferngehalten, z. B. As in den Knochen. Nach Straub kommt es auf das Ueberfließen der Substanzen aus den Organzellen zu den Organen an. Die Salicylsäure verhält sich im Blut verschieden, je nachdem sie vom Magendarmkanal aus oder intravenös eingeführt wird. Im ersten Falle ist sie reichlich im Blute nachzuweisen, im zweiten Falle findet sich dort bald keine Spur mehr. Das liegt wohl an der Art der Bindung; diese findet im Blute anders als nach Zufuhr durch den Magen-Darmkanal statt. Es ist also die Wirkung auf das Blut bei direkter Einführung ins Blut nicht immer intensiv.

Herr **Citron**: Wir wollen nicht Hg in ein Organ bringen, sondern es auf die Erreger der Lues lenken. Es könnte nicht Organo-, sondern Bakteriotropie da sein; das ist aber immer unser Ziel. Auch klinisch können wir Blumenthals Ausführungen bestätigen, da nach Hg-Kuren durch Jod eine erhöhte Ausscheidung des Hg erfolgt.

Herr **Morgenroth**: Das chemotherapeutische Mittel muß die Krankheitserreger aufsuchen, ob im Gehirn oder in der Leber, ist gleichgültig. Für Parasiten in der Leber ist die Verwandtschaft des Mittels mit der Leber gleichgültig, vielleicht auch nicht wünschenswert. Hg-Atoxyl wirkt auch bei Lues des Gehirns, hat aber unerwünschte neurotrope Wirkung, Cyanose und Kopfschütteln. Das ist aber für die Abtötung der Bakterien ohne Wert.

Herr **F. Blumenthal** (Schlußwort) ist der Ansicht, daß es wünschenswert ist, wenn eine bakterientötende Substanz dahin gelangt, wo sich die Parasiten finden. Ganz anders steht es mit der Frage, ob wir es bei der tertiären Lues noch mit Spirochätenwirkung zu tun haben, oder ob die Veränderung der Gewebe nicht eine größere Rolle spielt. Daher ist man vielleicht berechtigt, hier Hg und J gleichzeitig zu geben. In der Leber wird eben das Hg-Produkt gebildet, welches für die Heilung der Lues in Betracht kommt; eine Verbindung, die nicht erst in die Leber kommt und dort verwandelt wird, kann nicht bei Lues wirken. — Die Bindung kann wohl eine Schutzwirkung darstellen. Gerade die natürliche Immunität der Kaninchen, die schlecht auf das Tetanusgift reagieren, beruht darauf, daß es in verschiedenen Organen giftbindende Gruppen besitzt, die dieses Gift vom Gehirn ableiten.

Aus der Nierendiagnostik und -chirurgie.

Herr **M. Martens**: Die großen Fortschritte der Chirurgie beruhen auf der Verbesserung der Anästhesie, Asepsis und Technik. Gerade hiervon hat die Nierenchirurgie am meisten profitiert; fast 2000 Jahre hat sie in ruhigem Schlafe gelegen; man beschränkte sich darauf, die Nierenabscesse zu spalten und aus der Wunde vordringende Steine herauszuziehen. Simon hat 1869 zuerst mit Glück eine Niere entfernt. Noch lange dauerte es, bis man weiter kam.

Bei Nierentuberkulose galt die Nephrektomie als Verirrung. Die Frage war und blieb immer: Ist die andere Niere funktionstüchtig und vorhanden? Wenn auch andere Methoden, z. B. die Separation, oft zum Ziele führten, so brachte doch erst die Cystoskopie Nitzes und der Ureterenkatheterismus eine entscheidende Aenderung; dazu kam die Röntgenuntersuchung.

Dabei ist die Untersuchung des ganzen Menschen nötig; gerade hier ist sorgfältige Anamnese von Wichtigkeit. Vortr. demonstriert an Lichtbildern Anatomie und Pathologie der Harnorgane, pathologische Veränderungen, cystoskopische Bilder. Durch den Ureterenkatheterismus gelingt es, den Urin jeder Niere getrennt aufzufangen und chemisch, bakteriologisch und mikroskopisch zu untersuchen; man muß oft auf das Tierexperiment zurückgreifen. Dazu kommt die funktionelle Diagnostik, die Harnstoffbestimmung, die elektrische Leitungsfähigkeit des Urins, die Bestimmung des Gefrierpunktes des Urins (Beckmann) beider Nieren zugleich. Alle Methoden geben zusammen ein besseres Bild als eine einzelne. Von Wert ist die Bestimmung des Zuckergehaltes nach Phloridzin-Einspritzung sowie die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes (0,57—0,6° unter dem des Wassers liegend). Sinkt der Gefrierpunkt tiefer, so funktioniert nach Kümmell das Nierenparanchym nicht mehr ausreichend und die Nephrektomie ist

kontraindiziert. Rovsing und andere sind gegenteiliger Meinung. Aber M.s Erfahrungen sprechen für Kümmells Anschauung. Es folgen Demonstrationen der topographischen Verhältnisse, der Operation und der freigelegten Niere.

Mode.

83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsruhe vom 24.—30. September 1911.

(Fortsetzung.)

Abteilung für innere Medizin.

3. Sitzung vom Mittwoch, den 24. Sept., nachm.
Vorsitzender: Brian (Karlsruhe.)
Referent: K. Reicher (Berlin).

Herr **G. F. Nicolai** (Berlin): **Ueber das Elektrokardiogramm (Ekg.) als Hilfsmittel für die Diagnostik des praktischen Arztes, verbunden mit der Demonstration eines neuen Elektrokardiographen.**

Das Ekg. besitzt heutzutage nicht nur wissenschaftliche, sondern bereits auch praktische Bedeutung für die Diagnostik der Herzkrankheiten (Klappenfehler und Muskelerkrankungen), die man mit Hilfe desselben zum Teil besser und vor allem vielfach früher feststellen kann, als mit den bisherigen Methoden. In besonderem Maße gilt dies für die Arrhythmien, deren genaue Erforschung und Diagnose ohne Ekg. überhaupt unmöglich ist.

Die Statistik von 400 Kranken zeigt, daß nur bei normalem Blutdruck, bei normaler Herzgröße und im mittleren Lebensalter ein normales Ekg. vorhanden ist, daß aber bei alten Personen, höherem Blutdruck und sowohl zu großem wie zu kleinem Herzen die F-Zacke eine Verkleinerung erfährt. Es besteht sonach die seinerzeit von Kraus und Nicolai behauptete Wichtigkeit der F-Zacke zu Recht.

Nicolai hat nun behufs Vereinfachung des Arbeitens mit dem Saitengalvanometer für die Zwecke der Klinik und auch des praktischen Arztes einen sinnreich angeordneten Apparat bei der Firma Huth (Berlin) konstruieren lassen, bei dem nach Umlegen eines einzigen Hebels das ganze Ekg. selbsttätig aufgenommen und automatisch entwickelt und fixiert wird. Die Drehung eines zweiten Hebels setzt eine Abschneide- und Numerierungsvorrichtung in Bewegung und das fertige Ekg. erscheint. Das hierbei zur Verwendung gelangende Martenssche Saitengalvanometer ist bei gleicher Empfindlichkeit 10 mal leichter als das Einthovensche. Die Saite ist ferner nicht mehr so leicht verletzbar wie früher, sondern in einem festen Einsatz untergebracht. Als Lichtquelle dient eine Nernstlampe; eine falsche Einstellung ist unmöglich, die Kompensation des Körperstroms erfolgt auch automatisch.

Herren **W. Falta** (Wien) und **Fr. Kahn** (Heidelberg): **Klinische Studien über Tetanie mit besonderer Berücksichtigung des vegetativen Nervensystems.**

Die Symptome der Tetanie beruhen hauptsächlich auf Zuständen der Uebererregbarkeit resp. Uebererregung des Nervensystems.

Der Sitz der gesteigerten Erregbarkeit ist die Ganglienzelle; von hier aus teilt sich die Erregung dem ganzen Neuron mit.

Betroffen sind hauptsächlich die peripheren Neurone; doch können auch die Neurone höherer Ordnung mit beteiligt sein.

Außer den motorischen, sensiblen und sensorischen Neuronen sind auch die vegetativen Neurone im akuten Stadium der Tetanie übererregbar.

Die Uebererregbarkeit der vegetativen Nerven ist eine mechanische (galvanische?) und besonders eine chemische (Adrenalin, Pilokarpin).

An den Erfolgsorganen der vegetativen Nerven finden sich auch zahlreiche Symptome gesteigerter Erregung (Tachykardie, Gefäßspasmen [Hyperglobulie!], Hypersekretionen, Spasmen der Magenmuskulatur, vorübergehende Leukocytose, Störungen der Wärmeregulation).

Es bestehen ferner Störungen des intermediären Eiweißstoffwechsels.

In manchen Fällen entwickeln sich unmittelbar im Anschluß an das akute Tetaniestadium Symptome des Hyperthyreoidismus.

Hypothese: Das Epithelkörperchenhormon dämpft normalerweise den Erregungszustand in den Ganglienzellen (vielleicht durch Förderung der Kalkassimilation). Bei Insuffizienz der Epithelkörperchenfunktion gegen normale oder gesteigerte Anforderungen (Stauung im Magen-Darmkanal, Intoxikationen etc.) kommt es zur Uebererregung.

Diskussion:

Herr **A. V. Marx** (Frankfurt a. M.): Blum hat schon vor Jahren die Wichtigkeit der Ernährungsweise (Fleisch- oder Milchnahrung) für das Zustandekommen oder Ausbleiben der Tetanie im Experimente dargetan.

Herr **von den Velden** (Düsseldorf) polemisiert gegen die Beweiskraft der Versuche.

Herr **Bangert** (Berlin) demonstriert ein von der Firma Siemens & Halske hergestelltes **Universalinstrument für Diathermie, Röntgenzwecke und Arsonvalisation.**

Die Kathode einer Röntgenröhre wird einpolig unter Verwendung des sogen. Löschfunkens an die Strahlspule eines Teslatransformators angeschlossen und leuchtet schließungsfrei auf, das andere Ende der Strahlspule wird geerdet. Der Apparat kann ebenso zur Erzeugung von Diathermie wie von Hochfrequenzströmen verwendet werden.

Zum Zwecke von Temperaturmessungen beim Diathermieverfahren läßt sich die Erscheinung der Thermoelektrizität mit Vorteil verwenden. Man schaltet zwei Lötstellen zweier verschiedener Metalle hintereinander; die Größe der elektromotorischen Kraft ist dann der Temperaturdifferenz zwischen den beiden Lötstellen direkt proportional. Die eine Lötstelle wird nun durch Versenken in Eis auf konstanter Temperatur gehalten und die andere in spitzer oder stumpfer Ausführung zur Temperaturmessung an den gewünschten Stellen benutzt.

Herr **E. Grunmach** (Berlin): **Ueber die Röntgenkinematographie zur Prüfung der Darmbewegungen beim Menschen.**

Zur kinematographischen Röntgenuntersuchung verwertete G. das von ihm erprobte Cer-Thoriumpräparat, welches schon bei einem Drittel der Dosis von Bismutum carbonicum und Zirkonoxyd brauchbare Bilder liefert und außerdem bei Gastralgien eine deutliche schmerzstillende Wirkung entfaltet.

Vortr. beobachtete ½ stündlich auf dem Leuchtschirm Form und Bewegung des Magens, ferner 3—4 Stunden und 6—7 Stunden nach der Nahrungsaufnahme kinematographisch die Darmbewegungen bei Gesunden und Kranken. Benutzt wurde dazu ein neuer Apparat, bei dem Glasplatten statt Films zur Verwendung gelangen. Es können 36 Aufnahmen hintereinander gemacht werden. Bei einem sonst gesunden jungen Manne mit gesenktem Colon transversum sieht man 6—7 Stunden nach der Nahrungsaufnahme den Darminhalt bald als zusammenhängende Masse, bald in Knollen zerstückelt vor- und rückwärts hin und her geworfen werden. Weiterhin kann man eine Fortbewegung durch das Quercolon und durch die Flexura lienalis genau verfolgen. Bei einem Falle von Gastroenteroptose (junges Mädchen) dagegen befindet sich in der gleichen Zeit der Darminhalt noch im Ileum und steigt während der ganzen kinematographischen Untersuchung nur um wenige Zentimeter in das Colon descendens hinauf.

Herr **Joh. Müller** (Nürnberg): **Zur Kenntnis des Skorbuts.** (Mit Projektionsbildern.)

Die Häufigkeit des Skorbuts in Nürnberg ist im Steigen begriffen. 1909—11 allein sind 40 Fälle vorgekommen. Die Blutergüsse scheinen primär ins Fettgewebe zu erfolgen, und zwar am häufigsten an den unteren Extremitäten und an diesen wiederum in der Umgebung der Achillessehne. Höchst charakteristisch ist auch die nekrotisierende Gingivitis; differentialdiagnostisch kommt hier höchstens Leukämie in Frage. Der Urin ist stets stark urobilinhaltig. Aetiologisch muß an Schädlichkeiten hygienisch-diätetischer Art gedacht werden, wahrscheinlich an das Fehlen oder die ungenügende Vertretung gewisser Stoffe in der Nahrung. Auffällig ist das Prävalieren des männlichen Geschlechts (unter 77 Skorbutkranken nur 3 Frauen) und die Häufung der Fälle in der Frühjahrszeit. Die Krankenhausverpflegung allein führt in wenigen Tagen zu rapider Besserung der Erscheinungen, ein gegenüber anderen hämorrhagischen Diathesen wichtiges diagnostisches Moment. Vortr. empfiehlt die Einreihung des Skorbuts unter die anzeigepflichtigen Krankheiten.

(Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Ueber Neurorezidive nach Salvarsan- und nach Quecksilberbehandlung. Ein Beitrag zur Lehre von der Frühsyphilis des Gehirns. Von Dr. **J. Benario.** Mit einem Vorwort von Wirkl. Geh. Rat P. Ehrlich. Mit 1 Tafel und 5 Figuren im Text. München 1911, J. F. Lehmanns Verlag. 195 S., geb. 6 M.

Bei der Einführung des Salvarsans in die Syphilistherapie wurde von Anfang an den Nebenwirkungen besondere Beachtung zuteil; vor allem waren es die nicht selten in der Folgezeit beobachteten Nervenaffektionen, welche die Aufmerksamkeit auf sich zogen und eine nicht geringe Beunruhigung hervorgerufen haben. Die weitere Beobachtung ergab bald, daß diese besonders die Hirnnerven (Opticus, Oculomotorius, Abducens, Acusticus usw.) befallenden Affektionen nicht als eigentliche toxische Wirkungen des Salvarsans aufgefaßt werden konnten; denn in vielen Fällen verschwanden sie auf erneute spezifische Behandlung (teils mit Hg, teils nach wiederholten Salvarsaninjektionen) restlos; es handelt sich hierbei demnach um Manifestationen der Syphilis selbst in den betreffenden Teilen des Nervensystems, und es bestand allerdings noch die

Möglichkeit, daß das frühzeitige Auftreten dieser syphilitischen „Neurorezidive" durch das Salvarsan begünstigt wird. Außerdem wurde von verschiedenen Seiten darauf hingewiesen, daß auch nach Quecksilberbehandlung analoge Nervenaffektionen bei Syphilis nicht allzu selten beobachtet wurden. Ein besonderes Verdienst um die Bearbeitung dieser Frage hat sich der Verf. der vorliegenden Monographie erworben. Auf Veranlassung von Ehrlich hat er sowohl die sämtlichen in der Zeitschriften-Literatur erschienenen Mitteilungen, wie auch die bei Ehrlich direkt einlaufenden brieflichen Berichte auf das Vorkommen von Neurorezidiven durchgesehen und das gesamte Material statistisch bearbeitet. Die vorläufigen Ergebnisse dieser Studien hatte er in einigen Abhandlungen niedergelegt; das vorliegende Buch macht das von Benario gesammelte, die Neurorezidive betreffende Material in extenso allen Interessenten zugänglich. In zwei großen Kapiteln „Neurorezidive und Salvarsanbehandlung", „Neurorezidive nach Quecksilberbehandlung", werden zunächst die Fälle selbst mitgeteilt; in weiteren Kapiteln unterzieht Verf. dieses Material einer kritischen Besprechung. Der Hauptwert der Monographie liegt in der Fülle der mitgeteilten Kasuistik; die Bearbeitung derselben seitens des Herausgebers kann nicht ganz denselben Wert beanspruchen, weil vieles hier doch Sache der subjektiven Auffassung ist und überhaupt manche Tatsachen aus der Pathologie der Syphilis an sich dem Verständnis große Schwierigkeiten bereiten. Als endgültig gelöst kann die Frage der Syphilis-Neurorezidive nach Salvarsan auch durch die vorliegende Monographie nicht gelten; dies würde sich wohl nur durch eine umfassende Sammelforschung erreichen lassen, die sich vor allem retrospektiv auf die Hg-Behandlung zu erstrecken hätte und an der möglichst viele Spezialisten und Kliniker sich beteiligen müßten.

Hygiene des Weibes. Gesundheitslehre für alle Lebensalter, den Müttern und Erzieherinnen gewidmet. Von Prof Dr. med. **Ernst Fraenkel** (Breslau). Zweite, neubearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 25 Abbildungen im Text. Berlin W. 30 1912, Verlag von Oscar Coblentz. 311 S., geb. 4 M.

Das vorliegende Buch ist für die Frauen der gebildeten Stände bestimmt. Es verdankt seine Entstehung Vorträgen, welche der Verfasser vor 10 Jahren, als die Idee der Volkshochschulkurse noch neu war, in der Breslauer Humboldt-Akademie vor einem aus Frauen bestehenden Auditorium gehalten hat. Die erste Auflage erschien vor 9 Jahren. In der jetzt veranstalteten neuen Ausgabe mußte natürlich manches im einzelnen, den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend, umgearbeitet werden; die Gesamttendenz des Werkes ist ungeändert geblieben. Verf. bezweckt, wissenschaftlich begründete Kenntnisse des gesamten Frauenlebens weiteren Kreisen zugänglich zu machen und auf diese Weise tief eingewurzelte und in der Frauenwelt weit verbreitete Irrtümer und Mißbräuche, die sich von Geschlecht zu Geschlecht fortpflanzen, zu beseitigen und durch richtigere Anschauungen zu ersetzen. Das Buch erfüllt diesen Zweck in vortrefflicher Weise. Es bringt in einer für den Allgemeingebildeten verständlichen Weise die Hygiene des Frauenlebens nach jeder Richtung hin zur Darstellung; einleitend, da dies zum Verständnis notwendig, gibt der Verfasser einen guten Ueberblick über die Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane und die Physiologie des Weibes. Auf die Pathologie des weiblichen Organismus geht der Autor soweit ein, wie es zur Aufklärung der Frauen notwendig ist; er gibt natürlich keine Anleitung zur Selbstbehandlung, sondern weist seine Leserinnen überall nachdrücklich auf ihre Pflicht hin, bei eintretenden Störungen frühzeitig ärztlichen Rat einzuholen. Somit kann jeder Kollege den Frauen, welche genaue Belehrung über ihren Körper wünschen, das vorliegende Werk in erster Linie als geeignet für diesen Zweck empfehlen. Die Ausstattung des Werkes ist trotz des sehr billigen Preises recht gut; die vortrefflich ausgeführten Abbildungen verdienen eine besondere Erwähnung.

Zeitschrift für Pathopsychologie. Herausgegeben von **Wilhelm Specht.** Bd. 1, H. 1—3. Leipzig 1911, Verlag von Wilhelm Engelmann.

Die neue Zeitschrift, auf welche wir hiermit unsere Leser aufmerksam machen, stellt sich, wie es der Herausgeber in seinem einleitenden Programm ausdrückt, die Aufgabe, die Pathologie des Seelenlebens in systematischer Arbeit der psychologischen Kenntnis zu erschließen und die Lehre von den psychischen Krankheiten neu zu fundieren auf einer Pathopsychologie. Diese Aufgabe glaubt sie am besten lösen zu können in einer Arbeitsgemeinschaft von Psychologen und Psychiatern. In erster Linie soll die Pathologie des individuellen Bewußtseins behandelt werden, daneben soll auch die Pathopsychologie der Gesellschaft und ihrer geistigen Schöpfungen Berücksichtigung finden. Die Zeitschrift bringt zunächst einen längeren Aufsatz des Herausgebers: „Ueber den Wert der pathologischen Methode in der Psychologie und die Notwendigkeit der Fundierung der Psychiatrie auf einer Pathopsychologie", worin er das Programm der Zeitschrift eingehend begründet. Weiter hat Hugo Münsterberg eine Abhandlung: „Psychologie und Pathologie" beigesteuert. Von sonstigen Arbeiten seien erwähnt: Kuno Mittenzwey: „Versuch einer Darstellung und Kritik der Freudschen Neurosenlehre" (noch nicht vollendet); O. Külpe: „Psychologie und Medizin"; Th. Höpfner: „Stottern als assoziative Aphasie". Die gehaltvolle, vornehm ausgestattete Zeitschrift dürfte sich bei Neurologen und Psychiatern hervorragende Beachtung erwerben.

Die Welt der Träume. Von **Havelock Ellis.** Deutsche Originalausgabe besorgt von Dr. Hans Kurella. Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 296 S. 4 M. (geb. 5 M.).

Der durch seine zahlreichen Schriften auf dem Gebiete der Sexualpsychologie bekannte Verfasser begibt sich mit dem vorliegenden Werk auf ein anderes Gebiet der Psychologie, indem er es unternimmt, das Wesen der Träume vom Standpunkt des naturwissenschaftlichen Beobachters zu analysieren. Sein Ziel ist es, die psychischen und physischen Elemente zu ermitteln, denen die Träume ihre Entstehung verdanken, aus denen sie sich aufbauen. Die von ihm befolgte Methode wird von ihm selbst als die introspektive charakterisiert. Seine Traumanalyse gründet sich wesentlich auf die eigenen Traumerlebnisse sowie auf solche, die ihm von anderen nahestehenden Personen mitgeteilt wurden. Durch zahlreiche ausführlich mitgeteilte Einzelbeispiele sucht er die Entstehung von Träumen verschiedener Art verständlich zu machen. Besondere Kapitel beschäftigen sich mit der Logik des Traumes, den Sinnen im Traum, dem Gedächtnis im Traum usw. Die Schrift wird allen für psychologische Fragen Interessierten vielfache Anregung bieten. Dank verdient auch der bewährte deutsche Bearbeiter, der es wieder verstanden hat, durch seine gewandte Uebersetzungskunst dem Buch das Gepräge eines deutschen Originalwerkes zu geben. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Der Verband Deutscher Betriebskrankenkassen bezw. der Rheinisch-Westfälische Betriebskrankenkassen-Verband (Sitz Essen) ist bemüht, Aerzte als **Kontrollärzte** anzustellen, die gelegentlich der bei der Einführung der RVO. zu erwartenden Kämpfe zur Durchkreuzung der Maßnahmen der ärztlichen Organisation verwandt werden sollen. Nach § 370 der RVO. können bekanntlich die Krankenkassen die ärztliche Behandlung durch eine Geldleistung ersetzen, wenn es ihnen nicht gelingt, mit einer ausreichenden Zahl von Aerzten einen angemessenen Vertrag zu schließen. In diesen Fällen müssen die Kassen nach einem anderen Weg suchen, um die zum Nachweis der Krankengeldbedürftigkeit erforderlichen ärztlichen Bescheinigungen zu erlangen; diese Bescheinigungen auszustellen, wird die wichtigste Aufgabe der Kontroll- und Vertrauensärzte sein, sie sind also von vornherein zur Bekämpfung ihrer Standesgenossen bestimmt. Im übrigen wird man in solchen Fällen die Behandlung der Kassenmitglieder unapprobierten Personen (Heildienern usw.) überlassen, wozu der § 122 der RVO. die Handhabe bietet. Es gehört also die frühzeitige Anstellung von Kontroll- oder Vertrauensärzten zu der wohlüberdachten Taktik, die in Berlin in einer gemeinsamen Besprechung der Betriebs-, Orts-, Innungs-Krankenkassenorganisationen, an der auch Vertreter der Knappschaften teilnahmen, vereinbart wurde, um die Maßnahmen der Aerzteschaft rechtzeitig zu durchkreuzen; es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß die Kontrollärzte des Betriebskrankenkassenverbandes nötigenfalls auch den Ortskrankenkassen, Innungskrankenkassen usw. zur Verfügung gestellt werden sollen. Um den Zweck dieser Anstellungen einstweilen nicht allzu durchsichtig erscheinen zu lassen, wird man den Kontrollärzten wahrscheinlich auch noch andere, weniger verfänglich erscheinende Aufgaben zuweisen. Die Anwerbung geschieht anscheinend zurzeit auf persönlichem Wege durch Vertreter des Betriebskrankenkassenverbandes. Angesichts der großen Gefahren, die diese Taktik für die Durchführung der Beschlüsse des Stuttgarter Aerztetages von 1911 mit sich bringt, warnt der **Leipziger Verband** die Aerzte eindringlich vor der Annahme von Kontroll- und Vertrauensarztstellen.

Bern. Das früher schon einmal abgelehnte **schweizerische Kranken- und Unfallversicherungsgesetz** ist durch Volksabstimmung vom 4. Februar mit einer Mehrheit von rund 32 000 Stimmen angenommen worden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dem Vernehmen nach hat Prof. Krückmann, zurzeit Ordinarius der Ophthalmologie in Königsberg, einen Ruf als Nachfolger v. Michels, Prof. Cramer, der gegenwärtige Inhaber des psychiatrischen Lehrstuhls in Göttingen, die Berufung als Nachfolger des zurücktretenden Geheimrats Prof. Ziehen angenommen.

— Das Direktorium der **Hufelandschen Stiftungen** in Berlin hat den Reg.- und Geh. Med.-Räten Prof. Dr. Rapmund (Minden), Quittel (Aurich) und Pfeiffer (Wiesbaden) die **Hufelandmedaille** in Silber zuerkannt.

— Stabsarzt Dr. Haendel ist zum Regierungsrat und Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamtes ernannt worden.

Breslau. Ueber den noch immer schwebenden **Streit** zwischen der hiesigen Klinikerschaft und dem Professor der Anatomie Geh. Rat. Hasse, der zurzeit das Unterrichtsministerium beschäftigt, ist nachträglich folgendes bekannt geworden: Eine Anzahl von Medizinern in klinischen Semestern, die bei Prof. Hasse ein Kolleg über topographische Anatomie hörten, hatte sich im Vorjahre unter abfälliger Kritik der Vorlesung mit der Bitte um Einrichtung eines Parallelkollegs an das Kultusministerium gewandt, worauf der gekränkte Professor den Petenten das für die Zulassung zum Examen erforderliche Testat verweigert hatte. Kleinere Mißhelligkeiten bestanden schon seit Jahren, da der Umgangston, den Prof. Hasse seinen Schülern gegenüber gebrauchte, etwas derbe war und auch manche von ihm verfügte Maßregel (wie z. B. Absperrung des Hörsaales nach Beginn der Vorlesung zur Fernhaltung Verspäteter) berechtigten Anlaß zur Kritik gegeben hatte.

— Der Leiter der Wutschutzstation des Hygienischen Universitätsinstituts Dr. C. Prausnitz hat sich für Hygiene habilitiert.

Hannover. Die Assistenzärztin am hiesigen Kinderkrankenhause Frl. Dr. Luise Brinck ist einer Scharlachinfektion erlegen, die sie sich im Beruf zugezogen hatte.

Leipzig. Dr. E. Heller hat sich für Chirurgie habilitiert.

Jena. Der Privatdozent der Chirurgie Dr. L. Wrede ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Erlangen. Dr. Ernst Engelhorn hat sich für Gynäkologie und Geburtshilfe habilitiert.

Würzburg. Geh. Hofrat Prof. Dr. Karl Hess, Direktor an der Würzburger Augenklinik, der eine Berufung nach Berlin ausgeschlagen hat, hat das Ritterkreuz des Verdienstordens der Bayerischen Krone erhalten, mit welchem der persönliche Adel verbunden ist.

Heidelberg. Dem Privatdozenten für Psychiatrie und Hilfsarzt an der psychiatrischen Klinik Dr. Karl Wilmanns ist der Titel außerordentlicher Professor verliehen worden.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Breslau. Die diesjährige Versammlung des **Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** findet vom 3. bis 6. September d. J. in Breslau statt.

Wiesbaden. Mit Rücksicht auf den Röntgenkongreß, welcher Sonntag, den 14. April, in Berlin stattfindet, ist der diesjährige **Kongreß für innere Medizin** um einen Tag verschoben worden und findet nunmehr vom 16. bis 19. April 1912 in Wiesbaden statt.

Würzburg. Hier wurde am 28. Januar eine gemeinsame Sitzung der Fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie und der Münchener gynäkologischen Gesellschaft abgehalten. In dieser Sitzung wurde durch Fusion beider Vereinigungen die Gründung einer **Bayerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe** vollzogen. Diese wird zweimal jährlich, abwechselnd in Nürnberg und München, tagen.

Gerichtliches.

Bochum. Wegen **Betrugs** wurde hier vor einigen Wochen ein Berginvalide N. zu zwei Jahren Zuchthaus und fünf Jahren Ehrverlust verurteilt. N. soll durch Simulation die Kasse des Allgemeinen Knappschaftsvereins um ca. 1000 M. geschädigt haben. Schon vor einigen Jahren hatte er, nach der „Rhein.-Westf. Ztg.", wegen Urkundenfälschung und Betruges zum Nachteil der Krankenkasse ein Jahr Gefängnis erhalten. N. hat es fertiggebracht, seit 1908 zu verschiedenen Zeiten auf einer Zeche zu arbeiten, auf einer zweiten zugleich als Kranker zu feiern.

Leipzig. Ein seit mehreren Jahren schwebender Rechtsstreit, bei dem es sich um die **Schadenersatzpflicht** einer Hospitalverwaltung handelt, wurde kürzlich vom Reichsgericht endgültig entschieden. Eine gemütskranke Frau wurde im September 1907 im Bürgerhospital in Saargemünd untergebracht. Schon am nächsten Tage unternahm sie einen Selbstmordversuch und wiederholte diesen zwei Tage später, indem sie sich in einem unbewachten Augenblick zum Fenster hinausstürzte und so schwere Verletzungen erlitt, daß ihr ein Bein amputiert werden mußte. Der Ehemann der geschäftsunfähigen Frau klagte gegen das Bürgerhospital, dessen Angestellte es an der nötigen Bewachung hätten fehlen lassen, auf Zahlung von 750 M. für einmalige Aufwendungen und eine vierteljährliche Rente von 180 M. Das Landgericht hatte die Klage abgewiesen, weil bei der Unterbringung der Frau ihre Geisteskrankheit nicht mitgeteilt worden sei. Das Oberlandesgericht Colmar erkannte dagegen den Klageanspruch dem Grunde nach als berechtigt an, da der Gemütszustand der Frau mindestens nach dem ersten Selbstmordversuch erkennbar geworden sei und daher für sie eine entsprechende Bewachung nötig gewesen wäre. Das Hospital sei aber nach § 831 B. G.-B. für ein Verschulden seiner Angestellten haftpflichtig. Das Reichsgericht schloß sich auf eingelegte Revision den Ausführungen des Oberlandesgerichts an.

Rennes. Daß auch in Frankreich die illegitime Heilkunst sonderbare Blüten treibt, beweist folgendes von der „Voss. Ztg." mitgeteilte Vorkommnis: Der Pfarrer Chaupitre in Rennes wurde auf die Anklage des dortigen Aerzte- und Apothekervereins wegen **Kurpfuscherei** zu 1000 Fr. Geldbuße und 1130 Fr. Schadenersatz an die Kläger verurteilt. Die Geldbuße zu zahlen erklärte der Abbé sich bereit, dagegen will er von Schadenersatz nichts wissen und sich lieber einsperren lassen. Er macht den Aerzten den Vorschlag, sie sollten ein Jahr lang mit ihm um die Wette Kranke behandeln. Wenn er nicht genau zehnmal so viel Kranke heilen würde wie sie, sei er bereit, auf die Ausübung der Heilkunst künftig zu verzichten. Heile er aber zehnmal so viel Kranke wie die Aerzte, so sollten diese an seiner Stelle die viermonatige Haft wegen Nichtbezahlung der Entschädigung erleiden. Die Aerzte von Rennes haben selbstverständlich diese eigenartige Herausforderung nicht angenommen.

Verschiedenes.

Berlin. Vom 18. bis 30. März d. J. findet in der Kgl. Technischen Hochschule zu Berlin-Charlottenburg ein **Fortbildungskursus in der Nahrungsmittelchemie** unter Leitung der Herren Geh. Ober-Regierungsrat Prof. Dr. v. Buchka (Berlin W., Keithstr. 21.), Geh. Regierungsrat Dr. W. Kerp (Schlachtensee bei Berlin, Heimstättenstr. 10) und Geh. Regierungsrat Prof. Dr. phil. et med. Th. Paul (München, Karlstr. 29) statt. Honorar 80 M. 15 Dozenten sind an dem Kursus beteiligt. Nähere Auskunft (Programm usw.) erteilen die genannten Veranstalter; Anmeldungen sind zu richten an den Erstgenannten.

— Durch Erlaß vom 17. Januar d. J. hat der Minister des Innern die Regierungspräsidenten angewiesen, in ihren Bezirken **Warnungen vor dem Gebrauch des Methylalkohols** zu veröffentlichen. Unter Hinweis auf die kürzlich in Berlin beobachtete Massenvergiftung soll darin darauf hingewiesen werden, daß die Herstellung und der Verkauf von mit Methylalkohol versetzten Getränken nach dem Nahrungsmittelgesetz und dem Strafgesetzbuch strafbare Handlungen darstellen. Es soll ferner unter Bezugnahme auf das bereits im Vorjahre erfolgte Verbot der Verwendung des Methylalkohols bei der Herstellung von Heilmitteln davor gewarnt werden, Methylalkohol zur Herstellung von kosmetischen Mitteln zu benutzen.

— Die Bibliothek des verstorbenen Prof. Senator ist von seiner Witwe dem poliklinischen Institut der Universität, das der Verewigte bis kurz vor seinem Tode leitete, als Geschenk überwiesen worden. Der Unterrichtsminister hat die Annahme dieser Schenkung genehmigt und die Bestimmung getroffen, daß das betreffende Bibliothekszimmer dauernd den Namen **Hermann Senator-Zimmer** tragen solle.

— Einen **Preis** von 3000 M. hat die Verlagsbuchhandlung von Wilhelm Süsserott, Berlin W. 30, für die Bearbeitung des Themas ausgesetzt: „Die Schlafkrankheit und ihre Bekämpfung." Es kommt nur dieser eine Preis zur Verteilung, und zwar wird die beste Arbeit von dem Verlag damit erworben und in Buchform herausgegeben. Die Arbeiten sind bis spätestens 1. April 1913 an den Verlag einzureichen. Die Entscheidung darüber, welche Arbeit als die beste zu prämiieren ist, trifft das Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg. Die näheren Bedingungen des Preisausschreibens sind beim Verlag einzufordern.

Karlsruhe. Die amtliche Auskunftstelle der Großh. Badischen Staatseisenbahnen im internationalen öffentlichen Verkehrsbureau in Berlin, Unter den Linden 14, teilt mit: In **Krozingen** bei Freiburg i. B. sind anläßlich von Bohrungen **heiße Quellen** zutage getreten, die wegen der hohen Temperatur von 41 ° C. und der großen kohlensäurehaltigen Wasser-

mengen größeres Interesse finden. Seit etwa 2 Monaten entströmen gewaltige Wasserstrudel schäumend und dampfend aus etwa 800 Meter Tiefe der Erde. Zur weiteren Erschließung und Verwertung der Quelle hat sich eine Gesellschaft gebildet, die eine eingehende Untersuchung des Wassers veranlaßte und besonders heilkräftige Wirkungen feststellte. Nach Ablauf von weiteren 3 Monaten soll eine Nachprüfung der Analyse stattfinden und hiernach die Entscheidung für die Zukunft getroffen werden. Die vielfach geäußerte Annahme, daß das Auffinden der heißen Quelle mit den stattgehabten Erdbeben im Zusammenhang stehe, soll nicht zutreffen.

Paris. Der vor kurzem verstorbene Prof. Lannelongue hat sein ganzes Vermögen für öffentliche und wohltätige Zwecke **vermacht**, darunter 700 000 Franken für die Gesellschaft zum Schutze und zur Rehabilitation junger Mädchen.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 2. Kl. mit Eichenlaub: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Rubner in Berlin, Obergeneralarzt Dr. Ott.

Roter Adler-Orden 2. Kl.: Wirkl. Geh. Rat Dr. v. Behring.

Roter Adler-Orden 3. Kl. mit der Schleife: Marine-Generaloberarzt a. D. Dr. Metzke in Kiel, Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Abel, Generalarzt Dr. Brandt, Geh. San.-Rat Dr. Tamm, Marinegeneralarzt Dr. Erdmann und Generalarzt a. D. Dr. Kanzow in Berlin, Generaloberarzt Dr. Weber.

Schleife zum Roten Adler-Orden 3. Kl.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonnet in Bonn.

Krone zum Roten Adler-Orden 4. Kl.: Oberstabsarzt Prof. Dr. Ollwig in Deutsch-Ostafrika.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: Oberstabsarzt a. D. Dr. Jaehn in Breslau, San.-Rat Dr. Köhler in Charlottenburg, Reg.- und Med.-Rat Dr. de Bary in Metz, Oberstabsarzt Dr. Becker, Oberstabsarzt Dr. Bethe, Oberstabsarzt Dr. Blecher, Marine-Oberstabsarzt Dr. Bobrick, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Bräutigam in Königsberg N.-M., Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Damsch in Göttingen, San.-Rat Dr. Dressen in Aachen, Oberstabsarzt Dr. Duerdoth, Dr. Ehrhardt in Landsberg, Bez. Merseburg, Oberstabsarzt Dr. Esselbrügge, Marine-Oberstabsarzt Dr. Fittje, Oberstabsarzt Dr. Greiner, Marine-Oberstabsarzt Dr. Günther, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Herrmann in Bitterfeld, San.-Rat Dr. Hoepner in Charlottenburg, Oberstabsarzt z. D. Dr. Hoppe in Elberfeld, Reg.- und Med.-Rat Dr. Janssen in Gumbinnen, Marine-Oberstabsarzt Dr. Iftner, Oberstabsarzt Dr. Kerber in Berlin.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Generaloberarzt Dr. Brecht, Geh. San.-Rat Dr. Emmerich in Berlin, Geh. Med.-Rat Dr. Finger in Berlin, Marine-Generaloberarzt Dr. v. Foerster in Tsingtau, Generaloberarzt Dr. Galle in Jüterbog, Marine-Generaloberarzt Dr. Gudden in Berlin, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Krummacher in Münster.

Rote Kreuz-Medaille 2. Kl.: Dr. Körner in Brandenburg a. H., Generalarzt a. D. Dr. Benzler in Hannover, Med.-Rat Dr. Riedel in Lübeck.

Ernannt: Prof. Dr. v. Franqué in Gießen zum ordentlichen Professor in Bonn.

Niedergelassen: Wegner in Biedenkopf, Eichstädt in Weilmünster.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: F. Aussendorf von Stettin.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. Hornig in Oranienburg, Dr. Weil in Schlachtensee, Dr. Kaudewitz in Hohenfriedberg, San.-Rat Dr. Scharfenberg in Primkenau, Dr. Cohn in Kattowitz, Hoffmeister in Biedenkopf, San.-Rat Dr. Blumenthal in Frankfurt a. M, Dr. Westphal in Erbach.

Bayern.

Niedergelassen: Dr. H. Vogt in Windsheim.

Verzogen: Dr. Dodel von Windsheim nach Berlin.

Gestorben: Dr. Gruber in Wallersdorf, Bezirksarzt Dr. Harder in Nürnberg.

Württemberg.

Niedergelassen: San.-Rat Dr. E. Hüfler und Dr. E. Mayer in Friedrichshafen.

Hamburg.

Gestorben: Dr. Kuhlmann und Dr. Oettinger in Hamburg.

Niedergelassen: Dr. Jüngermann in Hamburg.

Berichtigung.

In das Referat der Arbeit von Gebb (No. 6, S. 75, Sp. 2, Z. 20) hat sich ein sinnentstellender Druckfehler eingeschlichen. Anstatt „Atrophie" muß es nämlich heißen „Atropin".

(Ende des redaktionellen Teils.)

Bemerkenswerte physiologische Untersuchungen über die natürlichen **Staatsbrunnen zu Fachingen und Niederselters**, welche für das Verständnis der Wirkungen dieser Brunnen von hoher Wichtigkeit sind, wurden im Königlichen Pathologischen Institut der Berliner Universität gemacht. Prof. Dr. A. Bickel, Vorsteher der experimentell-biologischen Abteilung des obengenannten Institutes, veröffentlicht in der neuesten Nummer der Zeitschrift für Balneologie, 1912, Bd. IV, No. 21, die interessanten Ergebnisse dieser Experimente.

Die Firma „Chemische Fabrik Nassovia" teilt zur Berichtigung der in No. 5 (außerhalb des redaktionellen Teils) enthaltenen Notiz mit, daß die daselbst erwähnten Tierversuche, die infolge ungenauer Fassung der Notiz wahrscheinlich von den Lesern auf Siran bezogen wurden, in Wirklichkeit über den wirksamen Hauptbestandteil des Mittels, das Kalium sulfoguajacolicum angestellt wurden.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte**, sondern nur **einzelne Stellen** darin gesperrt. Näheres s. „große" Cavetetafel in „Aerzt. Mitt." oder „Aerztl. Vereinsbl."

Verb. z. W. d. Int. d Deutsch. Betr.-K.-K. (Rh.-Westf.-B.-K.-K.-V.), Essen-Ruhr

Kontroll- oder Vertrauensarztstelle f. d. ganze Reich Auskunft durch das Generalsekretariat.

Aachen
Angermünde
Annweiler i. Pfalz
Aumenau i. H.-N.
Baruth-Kleinsaubernitz i. Sa.
Berlin
Bocholt i. Westf.
Bremen
Breslau
Burgschwalbach
Canth, Bez. Breslau
Domnau i. Ostpr.
Drusenheim, U.-Els
Eberswalde i. Brdbg.
Ehrang, Bez. Trier
Eisfeld, Kr. Hildburgh.
Emden
Erkelenz, Rhld.
Essen a. Ruhr (s. oben)
Falkenberg b. Ahrensfeld.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Cöln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, Reuß, Textil-B.-Kranken-Kasse
Groß-Schönebeck i. M.
Groß-Wanzer i. Altmark
Halle a. S.
Hamburg, B.-K. f. Staatsangestellte
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Herbrechtingen i. Wttbg.
Heydekrug (Ostpr.)
Jugenheim i. Rheinl.
Kassel-Rothenditmold
Kettwig, Ruhr
Kirchberg, Jagst
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Köln-Deutz
Kupferhammer b. Ebersw.
Lachen, Bez.-A. Neustadt a. H.
Langburkersdorf i. Sa.
Langschied u. Watzelhain i. Hessen-Nassau
Leitzkau (Prov. Sa.)
Ludwigshafen
Malchin i. Mecklenbg.
Mohrungen, O.-Pr.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Munster i. Hann.
Nackenheim i. Rheinh.
Neustadt, Wied
Neustettin i. Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Oberhausen i. Rhld.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg-Bralitz i. Mark
Pattensen i. Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plettenberg i. Westf.
Puderbach, Kreis Neuwied
Pulsnitz i. Sachsen
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenburg, O.-Pr
Recklinghausen i. W.
Rehau
Reibersdorf i. Sa.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Rothenkirchen-Pressig, Oberfr.
Sachsa, Bad i. Thür.
Sachsenhausen i. Mark
Schmiedeberg, Bad (Prov. Sachsen)
Schnevertingen, Hann.
Schornsheim, Rheinh.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schwandorf i. Bayern
Schweizermühle, Bad, Sächs. Schweiz
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stolpe a. O.
Stommeln, Rhld.
Strausberg i. Mark
Straßbessenbach bei Aschaffenburg
Strehla a. Elbe
Tempelburg i. Pomm.
Unterschwarzach i. Ba.
Wallhausen b. Kreuznach
Watzelhain u. Langschied i. Hessen-Nassau
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Cöln
Weßling, O.-Bayern
Wiesbaden
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zingst i. Pomm.
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Dr. Walther Koch's „Prävalidin“

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampher und Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. u. II. Stadium der **Lungentuberculose.**
Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. Stadium.
Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anämie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.
Tuben à M. 1,20 für Erwachsene und M. 0,80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich.
Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Jahresversand 1911: 31700 Tuben. Literatur u. Proben durch die **Woll-Wäscherei u. Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.**



Blankenburg a. H.

Sanatorium EYSELEIN für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.
Das ganze Jahr geöffnet.
Prosp. durch den Besitzer und leitenden Arzt **Dr. Matthes.**

Kathreiners Malzkaffee
seit über 20 Jahren bewährt

Verkaufe **Landhaus,**
Schlesien, für **Arzt** geeignet, **da gr. Bedürfnis vorhanden.**
Anfr. Chiffre „13“ Lichtenberg, Kr. Görlitz, postlag.

Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30

Therapie der **Haut- und Geschlechts-Krankheiten**
von
Dr. med. Reinh. Ledermann
Berlin.
Mit zahlreichen Abbildungen.
Vierte, durchgesehene und erweiterte Auflage von Therapeutisches Vademecum der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
Preis elegant gebunden **6 M.**

BIOCITIN

das vollkommenste Lecithin-Präparat der Gegenwart

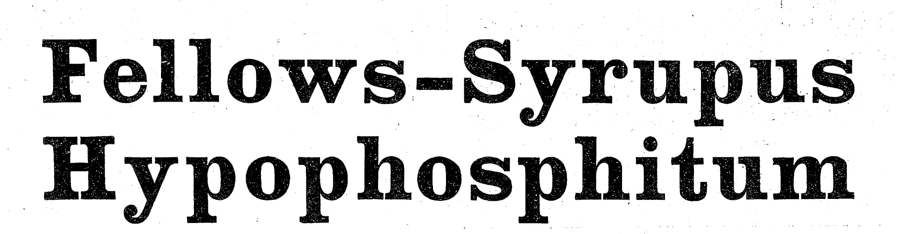
Hochprozentig · Physiologisch rein · Wohlschmeckend

Indikationen:

Nervosität, Neurasthenie, psychische Ermüdungszustände, Impotenz, Rachitis, Arteriosklerose, skrofulöse Diathese, Osteomalacie, Unterernährung (auf der Basis von Tuberkulose, Karzinom, Diabetes etc.), Ulcus ventriculi, Anämie und Chlorose, besonders Schüleranämie und die Anämie der Pubertät.

Proben und Literatur bereitwilligst

Biocitin-Fabrik G.m.b.H., Berlin S. 61



Maxima cum cura commixtus semperque idem.
Compositio prima ante alias omnis.

Zusammensetzung:

CHININ, STRYCHNIN, (je 3,75g. enthalten das Aequivalent von 0,001g. Strychnin pur.) EISEN, CALCIUM, MANGAN, und KALIUM, gebunden an unterphosphorige Säure.

Wertlose Nachahmungen / Ersatzpräparate > weise man zurück

AUF ÄRZTLICHE VERORDNUNG IN ALLEN APOTHEKEN VORRÄTIG

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025—0,05 / 0,1—0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05—0,1—0,15 / 0,2—0,25—0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01—0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:

Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45%, Haemoglobin 9%, peptonis. Muskeleiweiß 46%.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:

Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) **Jasper 0,05**
scat. unam orig.

= Nur echt = in geschlossener Originalschachtel.

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
BERNAU bei Berlin.

Thumkaffee

ist reiner Bohnen-Kaffee, von höchstem Genusswert.

Vor dem Rösten von allen Naturfarb-, Fett- und Säure-Stoffen der Bohnen-Oberfläche gereinigt.

Volles Aroma und trotz vollen Koffeïngehaltes angenehm milde Wirkung. Für Gesunde und Kranke ein Genuß.

(Literatur: Münchener Medizinische Wochenschrift 1911, Nr. 35.)

Wissenschaftlich und ärztlich empfohlen.
Literatur und Proben durch

Thum-Maschinengesellschaft m. b. H., Dresden
Räcknitzstrasse 3.

Neuartig!

Laxativum

Chocolin

Diäteticum

abführendes Schokolade-Präparat
nach **Dr. Michaelis**

Klinisch erprobt · Wohlschmeckend · Nahrhaft

Chocolin regt in Form einer Tasse Schokolade die Darmperistaltik schmerzlos an.

Vorrätig in Apotheken

Aerzten und Kliniken stehen auf Wunsch Proben gratis zur Verfügung

Alleinige Fabrikanten:

GEBRÜDER STOLLWERCK A.G. · KÖLN ·

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang | Berlin, 24. Februar 1912 | No. 8

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

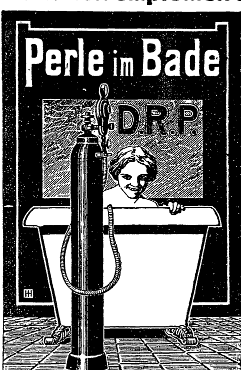
Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Jodglidine

Vollkommener Ersatz für Jodkali. Im allgemeinen keine Nebenwirkungen. Als wirksames bekömmliches Jodpräparat bewährt bei **Arteriosklerose, sekundärer und tertiärer Lues, Angina pectoris,** Bronchitis, Asthma bronchiale, Exsudaten, Skrofulose, Augenkrankheiten, Gicht, chron. Gelenksentzündungen.

Chemische Fabrik Dr. Klopfer, Dresden.





Für jeden Haushalt

Sauerstoff / Kohlensäure / Luft } „Perlbad"

mit demselben Apparat

(keine Chemikalien)

Gebrüder Jacob & A. Serényi

— Pressluft Ges. m. b. H. —

BERLIN C.

Kaiser Wilhelm Str. 46.



ges. **Mühlrad-** gesch.

Kefyr-Pastillen

Schachtel für 80 Fl. M. 2.—

Mit entsprechendem Aufschlag auch vorrätig: cum 0,1 Fer. lactic.: 0,0006 As^2 O^3; As^2 O^3 et Fer. lactic.; 0,2 Duotal; 0,01 Jod; 0,1 Kreosotal.

Vidi: Vervollkommnete Kefyrbereitung. { Med. Klinik Nr. 19.

Literatur und Proben für die Herren Aerzte kostenlos.

Hygiene-Laboratorium G.m.b.H. Berlin-Wilmersdorf M.



Dr. med. H., Wien, sagt: Die sämtlich damit gemachten Versuche sind durchweg gelungen. **„Pivako"** ist eine haltbare, nicht unangenehm, aromatisch schmeckende Emulsion von Bals. Copaivae mit Extr. Cubebarum. In den beobachteten Fällen wurden **niemals die üblen Wirkungen des Copaiva-Balsams** wahrgenommen.

„Pivako" erhöht die Acidität des Urins und erteilt demselben bakterizide und adstringierende Eigenschaften.
Es wird infolge seiner Emulsionsform sehr schnell vom Körper resorbiert, ohne Reizwirkungen und Magenbeschwerden zu verursachen.
Es wirkt anaesthesierend, beseitigt das Brennen beim Urinieren und verhindert schmerzhafts Erektionen.
Es vermindert die pathologische Sekretion.
Es macht die Schleimhäute für die Entwicklung der Gonokokken ungeeignet.
Es wirkt diuretisch.
Es verhindert ein Weitergreifen der Entzündungen und Komplikationen.
Es kann mit Wasser verdünnt auch zur Injektion, zum Klysma und Spülungen oder konzentriert zum Befeuchten von Tampons usw. verwandt werden.
Es ist billiger als fast alle derartigen Präparate, denn eine Originalflasche à 3,50 Mk. reicht ca. 10—12 Tage.

Literatur und Probeflaschen gratis!

HOHNHORST & SCHLINZIGK

chem. Laboratorium, **Tangermünde E.,** Fernsprecher 18.

Personenwaage „Jaraso"



Verlag von **OSCAR COBLENTZ,** Berlin W. 30.

Täfelchen zur

Prüfung feinen Farbensinns

von Prof. Dr. **Herm. Cohn** in Breslau.

Preis Mk. 1,20.

Verlag von OSCAR COBLENTZ in Berlin W 30.

Die preußische Gebührenordnung

für **approbierte Aerzte und Zahnärzte** vom 15. Mai 1896 für die Bedürfnisse **der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis** erläutert von

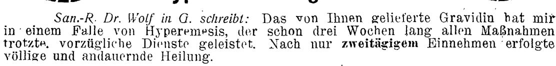
Justizrat Alb. Joachim, Notar u. Rechtsanwalt b. Kammergericht — **Dr. H. Joachim**, prakt. Arzt

2. durchgesehene u. erweit. Aufl. — Preis eleg. gebunden **Mk. 6,—.**



(Extr. fuci serrat. fluid)

Unschädliches, vielfach erprobtes Mittel gegen



San.-R. Dr. Wolf in G. schreibt: Das von Ihnen gelieferte Gravidin hat mir in einem Falle von Hyperemesis, der schon drei Wochen lang allen Maßnahmen trotzte, vorzügliche Dienste geleistet. Nach nur **zweitägigem** Einnehmen erfolgte völlige und andauernde Heilung.

Dr. med. Bamberger: Das mir seinerzeit gütigst überlassene Gravidin ergab einen glänzenden Erfolg, wie ich ihn nie erwartet hätte.

Zu beziehen durch die Apotheken oder direkt

Bernhard Hadra, Apotheke zum weißen Schwan

Berlin C. 2, nur Spandauerstraße 77.

Die Bor- u. Lithium-hältige natürliche eisenfreie Heilquelle

SALVATOR

bewährt sich vortrefflich bei **Nieren- und Blasenleiden, Harngries, Harnbeschwerden, Rheuma, Gicht, Zuckerharnruhr, Scharlach,** sowie bei **Catarrhen** der **Athmungs-** und **Verdauungsorgane.**

HARNTREIBENDE WIRKUNG! LEICHT VERDAULICH! ABSOLUT REIN!

Käuflich in Mineralwasserhandlungen u. Apotheken. **August Schultes** Szinye-Lipóczer Salvatorquellen-Unternehmung Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

81. Jahrgang **Berlin, 24. Februar 1912** **No. 8**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Fortschritte der medikamentösen Irrentherapie im Jahre 1911.

Sammelreferat.

Von

Anstaltsoberarzt Dr. **Wern. H. Becker** (Weilmünster).

(Schluß).

40. **Jödicke**: Ueber die Behandlung der Epilepsie mit Borax. (Medizinische Klinik, 1911, No. 52.)
41. **Vorschulze**: Epilepsie und Eleptin. (Allgem. medizin. Central-Ztg., 1911, No. 39.)
42. **Kabisch**: Erfahrungen mit Eleptin in der Praxis. (Moderne Medizin, 1911, No. 9.)
43. **Heinrich**: Aufsatz in der Epilepsia, II, 1911, No. 3; Referat in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1912, No. 1.
44. **Becker**: Eine ungewöhnlich starke Reaktion auf Anwendung der Methode nach Toulouse-Richet bei einem alten Epilepsiefall. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1911, Bd. 68, H. 2.)
45. **Klieneberger**: Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleïnicum. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, No. 8.)
46. **Loewenstein**: Die Behandlung der progressiven Paralyse mit Nukleinsäureinjektionen. (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, No. 16.)
47. **Hussels**: Ueber die Behandlung der progressiven Paralyse mit Natrium nucleïnicum. Archiv f. Psychiatrie, 1911, Bd. 48, H. 3.
48. **Fischer**: Referat über die Aussichten einer therapeutischen Beeinflussung der progressiven Paralyse. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1910/11, No. 49.)
49. **Pilcz**: Referat über Kochsches Alttuberkulin bei progressiver Paralyse. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschr., 1910/11, No. 50.)
50. **Plange**: Heilversuche bei Paralytikern. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1911, Bd. 68, H. 2.
51. **Nonne**: Ueber Wert und Bedeutung der modernen Syphilistherapie für die Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems. (Referat, erstattet auf der 5. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte in Frankfurt a. M. am 3. Oktober 1911.)
52. **Treupel**: Die Salvarsantherapie bei Lues des Zentralnervensystems, bei Tabes und Paralyse. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 22.)
53. **Ziehen**: Psychiatrie, 4. Aufl., Leipzig 1911.
54. **Löb** und **von den Velden**: Ueber die Grundlagen der internen Therapie mit Jodfettsäure-Derivaten. (Therapeutische Monatshefte, 1911, No. 4.)
55. **Boruttau**: Kriterien des therapeutischen Wertes organischer Jodpräparate. (Deutsche medizin. Wochenschrift, 1911, No. 43.)
56. **Seemann**: Nährmittel bei Krankheiten des Nervensystems. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1911/12, No. 6.)
57. **Topp**: Zur Ernährung bei Schwächezuständen von Nerven- und Geisteskranken. (Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, 1911/12, No. 21.)
58. **Gudden**: Arsenhämatose bei nervöser und psychischer Erschöpfung. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 45.)

Das durch keinen geringeren Epilepsiekenner als Gowers in die medikamentöse Therapie der Epilepsie eingeführte Borax ist von Jödicke (40) erneut versucht worden. Von der Erwägung ausgehend, daß die Anfälle Resultate einer Autoinfektion vom Darm aus — eine Lehre der Altschen Schule — seien und Borax dadurch krampflindernd wirken könne, daß es den Verdauungstraktus desinfiziere, im Hinblick ferner auf Mendels, vor allem auf dänischer Aerzte Resultate gab J. 14 idiopathischen Epileptikern Natr. biboracic. in allmählich steigenden Tagesgaben von 0,9—2,0 g nach den Mahlzeiten. Seine Erfolge waren weniger ermutigend, und J. hält die reservierte Zurückhaltung gegenüber der internen Boraxanwendung auch ferner bei der Epilepsie für gerechtfertigt.

Das Brom scheint einstweilen das souveräne Mittel in der Epilepsietherapie bleiben zu sollen. Demgemäß enthalten die neuerdings hergestellten Eleptintabletten neben 30 g Borax, 4 g Cerebrin und 16 g nebensächlicher Präparate noch 60 g Bromsalze. Mit diesen also fast 55 pCt. Bromalkalien enthaltenden Tabletten wollen Vorschulze (41) und Kabisch (42) gute Erfolge bei Epileptikern gesehen haben. Desgleichen wandte Heinrich (43) mit Glück Spasmosan an, ein auf kaltem Wege hergestelltes Baldrianinfus, welches neben Bromnatrium noch Phosphor, Cascara sagrada und Eisen enthält. Ebenso scheint das neuerdings aufgetauchte Episan, über das ich Literatur in den besseren Zeitschriften noch nicht finden konnte, stark bromhaltig zu sein. Von dem Ureabromin Fischers und Hoppes (21) war ja bereits oben die Rede. Daß man übrigens nicht ungestraft nach der noch vor wenigen Jahren in Blüte stehenden, aus Frankreich importierten Chlorentziehungsmethode Toulouse-Richets beliebig viel Chlor der täglichen Nahrung durch Brom ersetzen darf, zeigte mir ein besonders eklatanter Fall (44), bei dem bereits 1½ g Bromsubstanz solche psychischen Aequivalente schuf, daß ich die Behandlungsmethode wieder wechseln mußte.

Fischer und Donath inaugurierten seinerzeit die auch heute noch fortgesetzte Methode, Paralytikern Nukleinsäure subkutan zu verabfolgen. Die im Berichtsjahre in Deutschland angestellten Nachuntersuchungen hatten wenig ermunternde Resultate. Klieneberger (45) hat nicht die geringste günstige Beeinflussung von der Nukleinsäuretherapie gesehen; es traten eher vorübergehende akute Verschlechterungen auf; außerdem wurden die Injektionen sehr unangenehm empfunden und gaben Anlaß zur Entstehung von recht schmerzhaften Infiltrationen. Von 13 mit Natr. nucleïnicum behandelten Fällen Loewensteins (46) war bei 11 der Erfolg völlig negativ. Die 2 Fälle von recht guter Besserung hatten schon vor Beginn der Injektionstherapie Beginn einer Remission gezeigt. Auch Hussels (47) konnte von fünf Fällen nur einen Erfolg verzeichnen, allerdings bei einem Kranken, „der dem Stadium terminale nicht mehr allzu fern war". Der Gerechtigkeit halber verdient endlich aber auch hier registriert zu werden, daß Fischer selbst sich im Berichtsjahre wieder zu dem Thema geäußert hat. F. fand bei einem Sanatoriumsmaterial unter 10 Fällen 5 mal Remission, 3 mal sogar Rückkehr zur Berufstätigkeit. „Die Kontrollserie gleichartiger 10 Fälle wies nur bei einem Falle eine Remission auf, und zwar — was besonders interessant — nach einer lange dauernden Eiterung." Fieber und Eiterungen sind ja schon länger als Ursachen von Spontanremissionen bekannt. Diesem Erfahrungssatze entsprang seinerzeit die ebenfalls in Oesterreich inaugurierte Behandlungsweise der Paralyse mit Tuberkulin. Auch hierüber finden wir in der Literatur wiederum einen Bericht. Pilcz (49) erstattet denselben auf Grund eines günstigen Gesamtresultates bei 96 wenig vorgeschrittenen, mit Kochschem Alttuberkulin behandelten Fällen. — Alt hat bekanntlich in Uchtspringe mit dem Vorläufer des Salvarsans, dem Arsenophenylglycin, günstige Erfolge gehabt. In gleichem Sinne äußert sich im Berichtsjahre Plange (50). Anderswo als in der Uchtspringer Anstalt scheint Arsenophenylglycin sich aber kaum viel Freunde erworben zu haben. Und leider hat auch das Salvarsan Ehrlichs anscheinend nicht das gehalten, was man sich anfänglich von ihm versprach. Die Ansicht, welche ich noch im Herbst 1910 auf Grund eingehender Literaturdurchsicht auszusprechen mich für berechtigt hielt, nämlich daß Salvarsan in einigen Fällen von Paralysis incipiens noch seine heilende Wirkung ausübe, kann ich heute kaum noch aufrecht erhalten. Die unangenehme Bekanntschaft mit den vielleicht noch völliger Aufklärung harrenden Neurorezidiven hat bei manchem Forscher einen nicht ganz unberechtigten Skeptizismus hervorrufen. Der Kürze halber sei es mir gestattet — die Salvarsanliteratur des ganzen Jahres füllt mehrere dicke Bände! —, hier einige der namhaftesten Autoren zu zitieren. Nonne (51) sagt: „Die Behandlung der Lues cerebrospinalis mit Salvarsan zeigt keine wesentlichen Vorzüge gegenüber der Behandlung mit Quecksilber und Jod, zeigt aber ebenso gute Resultate. Die Behandlung der Paralyse mit Salvarsan zeigt nichts wesentlich Anderes als die Behandlung mit anderen antisyphilitischen Mitteln." Treupel (52) äußert sich etwas günstiger: „Intravenöse Salvarsaninjektionen sind bei Tabes und Paralyse erlaubt, wenn die Zeit zwischen dem Beginn der Erkrankung und der ursprünglichen Infektion nicht allzu lange und die Erkrankung selbst noch im Beginn ist. In diesen Fällen halten wir es sogar für zweckmäßig, statt der bisher üblichen Hg- und Jodkuren die Salvarsaninjektion zu versuchen und sie eventuell mit jenen abwechselnd zu kombinieren." Ziehen (53) sagt von der luetischen Imbecillität: „Die Erfahrungen über Hatainjektionen sind noch nicht ausreichend; in einzelnen Fällen habe ich günstige Erfolge gesehen"; und von der Dementia paralytica: „Statt der Quecksilberkur kann auch eine Salvarsaninjektion (sc. intramuskulär oder intravenös) versucht werden"; und endlich von der „Dementia bei Hirnsyphilis": „Statt der Inunktionskur ist auch eine Salvarsaninjektion zulässig. Namentlich bei den gummösen Formen wirkt letztere oft auffällig rasch und günstig."

Wenn somit nach dem heutigen Stande der Wissenschaft die Quecksilber- und Jodmedikamention in der Therapie metaluetische Nerven- bezw. Hirnkrankheiten noch sehr ihre Berechtigung bewahrt hat, so kann es uns auch nicht wundernehmen, daß wir im Berichtsjahre auf Forschungen stoßen, die der Verbesserung der Hg- und Jodpräparate gelten, welch letztere ja bekanntlich auch in der Behandlung von Arteriosklerose (und arteriosklerotischer Demenz) eine Rolle spielen. Von allen Jodpräparaten hat sich bei Löb und von den Velden (54) nach ausgedehnten Versuchen an Tier und Mensch der Dijodbrassidinsäureäthylester (Lipojodin) am brauchbarsten gezeigt, mit Rücksicht auf Verträglichkeit und Resorptionsweise, vor allen Dingen aber Lipotropie, so wie verzögerte, allmähliche Aufspaltung und Ausscheidung. Boruttau (55) teilt das Lob zwar, schränkt es aber insofern ein, als er von dem Nachteile sehr wechselnder Ausnutzung im Darm spricht. Er empfiehlt beide Repräsentanten organischer Jodpräparate: sowohl die Jodeiweißkörper wie die Jodfette.

Was endlich die hauptsächlich bei Erschöpfungspsychosen, dann aber auch bei allen möglichen anderen mit Unterernährung einhergehenden Geisteskrankheiten indizierten Nährpräparate anlangt, so muß ich mich hierorts auch wieder auf eine kleine Auslese beschränken. Nach wie vor genießt das Lecithin da ein besonderes Ansehen. Nach einer Würdigung dieser Tatsache fährt Seemann (56) dann weiter fort: „Die Wirkung des Lecithins wird am besten unterstützt durch Nährpräparate, von denen die Industrie uns heute eine ganze Anzahl recht brauchbarer Mittel herstellt. Am meisten zu empfehlen sind bei Nervenkrankheiten — wie ohne weiteres ersichtlich ist — natürlich diejenigen Eiweißpräparate, welche Lecithin in genügenden Mengen enthalten, und unter diesen wiederum nimmt das altbekannte Hygiama eine hervorragende Stelle ein." Mit Kufekes Mehl, dessen hohen Nährwert, leichte Resorbierbarkeit und Assimilierbarkeit er rühmt, hat Topp (57) „durchaus befriedigende" Erfahrungen in etwa 60 Fällen gemacht. Gudden (58) dagegen empfiehlt Arsenhämatose bei nervöser und psychischer Erschöpfung als ein die Reizerscheinungen verminderndes, das Allgemeinbefinden hebendes Mittel, welches auch bei fortgesetzter Anwendung (ein Eßlöffel voll nach jeder Mahlzeit) ohne unangenehme Nebenwirkungen vertragen wurde.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließl. Infektionskrankheiten).

Lefèvre: Isolement des Tuberculeux en Belgique. (Tuberculosis, 1911, No. 10.)

Verf. geht von dem Grundsatz aus, daß alle Prophylaxe darin bestehe, die Uebertragung der von Phthisikern stammenden Bacillen auf gesunde Individuen zu verhindern. Er hat untersucht, welche Maßnahmen zu diesem Zwecke in Belgien zurzeit getroffen sind, und beschreibt die Verhältnisse in den Provinzen Brabant, Hainaut, Lüttich, Ostflandern, Antwerpen, Westflandern, Namur und Limburg, sowie die Maßnahmen in der Armee und die Einrichtungen, welche die Isolierung von Tuberkulösen in den Familien bezwecken.

Lefèvre kommt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die Isolierung der Tuberkulösen ist ein wirksames Mittel der Verhütung und Behandlung.

2. Tuberkulöse sollen in Spezial-Hospitäler aufgenommen werden, die zur Aufnahme von Tuberkulösen bestimmt sind; die Unheilbaren der Isolierung wegen, die Heilbaren der Besserung und Heilung wegen.

3. Ist diese radikale Maßnahme nicht zu verwirklichen, so müssen in den allgemeinen Krankenhäusern spezielle Pavillons oder spezielle Säle für die Tuberkulösen verfügbar sein. Beim Bau von neuen Krankenhäusern sind spezielle Pavillons mit Liegehallen vorzusehen.

4. Das Pflegepersonal der Tuberkulosestationen soll besonders ausgesucht und ausgebildet sein; zur Vermeidung von Ansteckungen sollte es alle zwei Jahre ersetzt werden.

5. Das Publikum und die Kranken selbst sind über Nützlichkeit und Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung aufzuklären.

6. Wenn es unmöglich ist, Phthisiker dem Krankenhaus zuzuführen, so sollen die Dispensaires eintreten. Ihre Aufgabe besteht darin, den Kranken in der Familie zu isolieren, indem man ihm bei sich ein eigenes Zimmer verschafft und indem man seine Umgebung gegen die Ansteckung durch geeignete prophylaktische Maßnahmen schützt. Mühlschlegel.

Prof. Dr. C. **Hirsch** (Göttingen): **Zur Frühdiagnose der Nierentuberkulose.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 50.)

Als wichtigstes klinisches Symptom der Nierentuberkulose gilt mit Recht die spezifische Veränderung des Harns. Blut, Eiter, Tuberkelbacillen werden in vorgeschrittenen Fällen sicher gefunden. Die eitrige Beschaffenheit des Harns fordert oft ohne weiteres den Verdacht einer tuberkulösen Erkrankung heraus. Mit Hilfe unserer verbesserten diagnostischen Methoden (Antiforminmethode, Tierversuch) werden die Tuberkelbacillen heutzutage leicht nachgewiesen. Die Ureterenkatheterisierung hilft dann die Frage zur Entscheidung bringen, ob nur eine einseitige, durch Operation zu heilende oder eine doppelseitige Nierentuberkulose vorliegt. Die moderne Nierenchirurgie hat auf diesem Wege ihre schönsten Erfolge erzielt. Erfahrungen in der Praxis haben Verf. aber gelehrt, daß man auch dann mit der Möglichkeit einer Nierentuberkulose rechnen muß, wenn der Harn makroskopisch wenig oder gar nicht verändert erscheint. Albuminurien zweifelhafter Entstehung, Leukocytenreichtum des Sediments sollten nach Verf. stets zur Untersuchung auf Tuberkelbacillen veranlassen. Verf. hat hierbei auch die neuerdings so schematisch als „orthotische" oder „cyklische" Albuminurie gedeuteten Fälle im Auge. Sicher wird man in der Mehrzahl der untersuchten Fälle den Verdacht nicht bestätigt finden, aber wenn es gelingt, den einen oder anderen Fall sehr frühzeitig sicherzustellen, so wird die Mühe nicht umsonst aufgewendet sein, denn einem so heimtückischen Leiden gegenüber ist mit der frühzeitigen Diagnose viel gewonnen. Ob man diese gewonnene Zeit nun zu einer kombinierten Behandlung (klimatische und Tuberkulinkur) benutzen darf oder ob man den Fall sofort dem Chirurgen überweisen soll, damit jede weitere Infektionsmöglichkeit der Harnwege radikal ausgeschaltet wird, diese Frage wird erst nach Sammlung weiterer Erfahrungen entschieden werden können. Kr.

Johannes Fauth: Zur Frage der Diät bei Ulcus ventriculi. Bericht über die 100 in der medizinischen Klinik zu Straßburg beobachtete Fälle. (Dissertation, Straßburg 1911.)

Das Wesentliche ist bei der Leubekur die, vor allem bei vorausgegangener Blutung, oft tagelang eingehaltene völlige Abstinenz und dann die Darreichung von sehr geringen Mengen Milch, unter Vermeidung jeglicher festeren Nahrung. Als Adjuvans dienen bei vorausgegangener Blutung ferner die Eisblase, die die Wiederkehr einer Blutung verhüten soll und im weiteren Verlauf der Behandlung die heißen Kataplasmen, die durch Beförderung der Blutzufuhr die Heilung der Geschwüre beschleunigen sollen. Ganz andere Gesichtspunkte verfolgt Lenhartz bei seiner Methode, mit der er 1902 auf dem 22. Kongreß für innere Medizin in die Oeffentlichkeit getreten ist. Lenhartz ist der Ansicht, daß eine gute Heilungstendenz, vor allem wenn es sich um stark anämische Personen handelt, nicht immer ausreichend vorhanden sei; mag diese Anämie nun durch starke oder lange dauernde Blutungen, oder durch andere Ursachen hervorgerufen sein. Die Lenhartzsche Methode will daher durch vermehrte oder wenigstens genügende Nahrungs-, besonders Eiweiß-Zufuhr die Körperkräfte heben und auf diese Weise die Heilungstendenz des Geschwürs erhöhen. Außerdem will Lenhartz durch die reichliche Eiweißzufuhr die freie Salzsäure im Magen binden und so unwirksam machen, indem er von der Beobachtung ausgeht, daß die Mehrzahl aller Magengeschwürskranken eine vermehrte Säuresekretion aufzuweisen hat, und daß die Heilung des Magengeschwürs, dessen Grund von der Säure dauernd bespült wird, durch den beständigen Reiz verzögert wird. Aus diesen Gründen gibt Lenhartz schon wenige Stunden nach einer Blutung gequirlte Eier mit Zucker und steigert die Eiweiß- und Nahrungszufuhr in der Weise, daß schon nach etwa 8—10 Tagen 6—8 Eier und 100—150 g geschabtes Fleisch neben einem Liter Milch und etwas Weißbrot gegeben werden.

Der schon lange gebräuchlichen und bis zu der Zeit, wo die Lenhartzsche Methode bekannt wurde, wohl ausschließlich, wenn auch mit manchen Modifikationen, angewandten Leubeschen Methode steht eine große Anzahl von recht guten Erfolgen zur Seite. Die Zahl der bei Lenhartzscher Diät gewonnenen Beobachtungen ist naturgemäß noch wesentlich kleiner.

Um für die Vorzüge beider Methoden, sowohl was den momentanen als auch den Dauererfolg anlangt, weitere Anhaltspunkte zu gewinnen, hat Verf. auf Anregung von Tabora es unternommen, eine vergleichende Uebersicht der beiden in Frage kommenden Methoden zusammenzustellen. Als Grundlage diente hierbei das betreffende Krankenmaterial der medizinischen Klinik zu Straßburg (Prof. Moritz). Es wurden von den 100 in der Zusammenstellung vom Verf. aufgenommenen Fällen 63 nach v. Leube und 37 nach Lenhartz behandelt.

Es hat sich gezeigt, daß bei beiden Behandlungsarten die Summe der geheilten und gebesserten Fälle annähernd gleich ist. Die wirklich geheilten Fälle zeigen bei der Leubeschen Kur ein kleines Plus gegenüber der Lenhartzschen Kur, doch ist die Zahl der Fälle so gering, daß hier Zufälligkeiten nicht ausgeschlossen werden können. Bei den nach Leube behandelten ungeheilten Fällen scheinen die Beschwerden nach der Behandlung im ganzen doch erst später aufgetreten zu sein, als bei den nach Lenhartz Behandelten.

Während der Kur nach Lenhartz wurde häufiger das Auftreten von Blut im Stuhl und im Erbrochenen beobachtet, als bei der nach Leube. Die Behandlungsdauer war bei der Lenhartzschen Diät eine kürzere. Verf. bezeichnet die Leubesche Diät als die vorsichtigere, von der nicht abgegangen zu werden brauche. In vielen Fällen werde man aber auch mit der Lenhartzschen Kur zufriedenstellende Resultate erreichen. Man werde ihr da den Vorzug geben, wo man es mit von vornherein schon sehr entkräfteten Patienten zu tun hat. F.

Chirurgie.

Marinestabsarzt Dr. **H. Wolff** und Oberarzt **Wiewiorowski** (Breslau): **Zur Klinik und Therapie des äußeren Milzbrands.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 52.)

In der Frage der Behandlung des äußeren Milzbrandes beim Menschen besteht noch keine Einigung. Wenn auch die rein konservative Behandlung gegenwärtig mehr und mehr an Boden gewinnt, so fehlt es doch nicht an Chirurgen, die an der früher üblichen operativen Therapie festhalten. Die rein konservative Behandlung wurde besonders an den Kliniken von v. Bramann (Halle) und v. Bergmann (Berlin) geübt und Lexer vertritt in seinem Lehrbuch ganz entschieden den Standpunkt der Bergmannschen Schule, indem er vor Inzisionen und Auskratzungen des Milzbrandkarbunkels warnt, ferner Injektionen antiseptischer Flüssigkeiten verwirft, ebenso das Ausbrennen, da durch alle derartige Manipulationen nur das Eindringen der Milzbrandbacillen in den Kreislauf befördert werden kann. Da selbst ausgedehnte Milzbrandkarbunkel und Oedeme von selbst zur Heilung gelangen können, sind derartige Eingriffe vollkommen unnötig; in den schwersten Fällen aber, in denen es schnell zur Allgemeininfektion gekommen ist, kann der operative Eingriff keinen Nutzen mehr bringen. Auch in der Breslauer Klinik wird die konservative Behandlung gegenwärtig geübt. In einem Falle, in dem ausnahmsweise die Pusteln anscheinend im gesunden Gewebe exzidiert wurden, fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung reichlich Milzbrandbacillen, bis an den anscheinend

im Gesunden liegenden Schnittrand. Die zurzeit in der Breslauer Klinik geübte Methode der Behandlung des Milzbrandes besteht neben absoluter Ruhigstellung, eventuell Suspension, nur in Anwendung von Borsalbeverbänden. Die Serumbehandlung, deren Wert zweifelhaft ist, wurde in keinem Falle in der Breslauer Klinik in Anwendung gebracht. Die Verf. berichten zum Beweis des Nutzens der konservativen Behandlung über 13 Fälle aus der Breslauer Klinik, die in der Zeit seit 1900 dort beobachtet wurden. 6 waren schwerer, 7 leichterer Natur. 10 davon wurden absolut konservativ behandelt und gelangten sämtlich zur Heilung, darunter auch 2 ungewöhnlich schwere Fälle. Tödlich endigte nur 1 Fall, bei dem bereits 3 Tage vor der Aufnahme eine Inzision von einem Arzt vorgenommen worden war und in der Klinik zunächst B i e r sche Stauung angewendet wurde. Die Obduktion ergab Darmmilzbrand (abgesehen von dem äußeren Milzbrand). Die Möglichkeit besteht allerdings, daß hier der Darmmilzbrand durch Infektion per os entstanden war. — Auf Grund der Ergebnisse der konservativen Behandlung des Milzbrandes muß diese auch weiterhin durchaus empfohlen werden. R. L.

Stabsarzt Dr. **Wilhelm Wolf** (Leipzig): **Zur Frage der Drucklähmungen nach Esmarchscher Blutleere.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1912, No. 2.)

Verf. berichtet über einen der glücklicherweise selten vorkommenden Fälle von Drucklähmung nach E s m a r c h scher Blutleere. Es handelte sich um einen 30 jährigen Offizier, bei dem er in Narkose eine Sehnennaht am 4. Finger der linken Hand vornahm. Die M a r t i n sche Binde, die Verf. zur Blutleere am Arm immer anzuwenden pflegt, lag im ganzen ca. 1 Stunde. Beim Erwachen aus der Narkose bestand eine fast komplette Lähmung des linken Armes. Jetzt, 8 Wochen nach Anlegung der Gummibinde, sind die Lähmungserscheinungen zwar auf dem Wege der Besserung, doch dürfte eine Heilung unter 6 Monaten kaum zu erwarten sein.

Verf. stellte nun im Suchen nach einer Erklärung für diese unangenehme Komplikation anamnestisch Lues fest und hält einen Zusammenhang der Lähmung mit der alten Lues, durch die eine Ueberempfindlichkeit des Nervensystems gegen äußere Schädlichkeiten verursacht sein dürfte, für wahrscheinlich und möchte die Aufmerksamkeit auf diesen Punkt lenken. Ob außer Lues noch andere nervenschädigende ätiologische Momente als lähmungsbegünstigend in Frage kommen können, darüber müßte erst Erfahrung gesammelt werden; jedenfalls warnt Verf. davor, bei einem Patienten, bei dem Lues anamnestisch vorhanden ist, die E s m a r c h sche Blutleere am Arm anzuwenden. Der P e r t h e s sche Kompressor ist ja ein vorzüglicher Ersatz für die Gummibinde. K r.

Ali Krogius: Uebersicht über ca. 1000 Fälle von Appendicitis, operiert in der chirurgischen Universitätsklinik zu Helsingfors in den Jahren 1901 bis 1908. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 95, H. 4.)

K. berichtet über 1283 zur Behandlung gelangte Fälle von Appendicitis, von welchen 1033 operiert wurden, und zwar 452 im akuten Stadium und 551 im freien Intervall. Unter den im akuten Stadium operierten Fällen befinden sich 177 diffuse, eitrige Peritonitiden (d. h. 39 pCt.). Die Gesamtmortalität der akuten Fälle betrug 22 pCt. (n. b. einschließlich der Peritonitiden), die der Intervalloperationen 0,3 pCt. Die hohe Mortalität der im akuten Stadium operierten Fälle erklärt sich ohne weiteres aus der großen Zahl der Spätoperationen, welche in 39 pCt. der Fälle bereits das Vorhandensein einer diffusen, eitrigen Peritonitis ergaben.

Von Interesse sind die statistisch-vergleichenden Untersuchungen des Verfassers, aus welchen hervorgeht, daß die Appendicitiskurve von Januar bis Mai und von Oktober bis November am höchsten steht, ohne jedoch das typische Bild einer Epidemiekurve zu erreichen. Im Gegensatz hierzu zeigt die Gastroenteritiskurve im Sommer (bis im August), die Influenzakurve im Januar einen Gipfelpunkt. Ein ätiologischer Zusammenhang läßt sich hier nicht konstruieren, während zwischen der Angina- und Appendicitiskurve eine gewisse Gleichmäßigkeit der Morbidität nicht zu verkennen ist.

K. ist, wie heutzutage wohl die meisten Chirurgen, ein überzeugter Anhänger der Frühoperation. Ihr allein schreibt er die von Jahr zu Jahr sich steigernde Besserung der Resultate zu, nicht nur bei lokalisierter Appendicitis, sondern auch bei der diffusen Peritonitis. In dieser Beziehung sind die Zahlen des Verfassers besonders lehrreich: Während die Anhänger der „Spülmethode" die Besserung der Resultate auf die Ausspülung der Bauchhöhle zurückführen möchten, weist K., welcher ein grundsätzlicher Gegner der Spülmethode ist, an der Hand seines Materials nach, daß er von Jahr zu Jahr bessere Resultate erzielt hat, obwohl er seine Behandlungsmethode (Inzision beiderseits über dem Lig. Poupartii und Gazetamponade des Douglas, evtl. auch des Bettes des Wurmfortsatzes) nie geändert hat. K. glaubt, daß die Gazetampons das Sekret besser ableiten, als Spülung und Drainage. Die Mortalität der Peritonitis betrug bei ihm 1901 bis 1903: 62 pCt., 1904 bis 1908: 28 pCt. bei einer und derselben Behandlungsmethode.

Besonders beherzigenswert erscheinen dem Ref. die Schlußfolgerungen, welche Verf. aus seinem höchst instruktiven Material zieht: Nach vieler Mühe und Arbeit hat die Appendicitisfrage ihre Lösung gefunden. In der F r ü h o p e r a t i o n besitzen wir das Mittel, den gefährlichen Komplikationen der Krankheit vorzubeugen und die Mortalität derselben auf ein Minimum zu reduzieren. Deshalb sollte sich der Arzt, welcher den beginnenden Fall in Behandlung nimmt, stets seiner großen Verantwortung bewußt sein. Er darf vor allem nicht mit Morphiuminjektionen die Notrufe der Natur beschwichtigen u n d s i c h u n d d e n P a t i e n t e n i n S i c h e r h e i t e i n s c h l ä f e r n, er muß vielmehr wissen, daß ein Blinddarmkranker, der so heftige Schmerzen hat, daß er einer Morphiuminjektion bedarf, in erster Reihe der chirurgischen Hilfe benötigt.

Anton Bergmann: Kongenitale Sakraltumoren. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 95, H. 4.)

B. berichtet ausführlich über den histologischen Befund bei fünf Fällen angeborener teratoider Mischgeschwülste am Os sacrum aus dem Kaiser Franz Josef-Kinderspital in Prag. Der erste Tumor enthielt Bestandteile aller drei Keimblätter, im zweiten fanden sich nur Abkömmlinge des Meso- und Ektoderms; im dritten waren wiederum alle drei Keimblätter vertreten. Darunter finden sich auch Rudimente von Organen, welche sich normalerweise am hinteren Leibesende gar nicht vorfinden, wie z. B. Teile der Retina, Respirationsepithel, Pankreasgewebe. Der vierte Fall ist durch Rezidiv nach der Exstirpation, Metastasen und histologischen Befund genügend als maligner Tumor charakterisiert und besonders dadurch bemerkenswert, daß der primäre Tumor durchaus keine Anhaltspunkte für Malignität bot und anscheinend radikal entfernt worden ist. Auch im fünften Fall waren die Elemente aller drei Keimblätter nachweisbar. A d l e r (Berlin-Pankow).

Geburtshilfe.

Prof. Dr. **P. Kroemer** (Greifswald): **Ueber die Bedeutung der Streptokokken und die Behandlung des fieberhaften Abortes.** (Die Therapie der Gegenwart, November 1911.)

Schlußfolgerungen:

1. Jeder fieberhafte Abort ist verdächtig auf kriminelle Einleitung. Neben genauer Erhebung der Anamnese beginne daher die Behandlung mit einer sorgfältigen lokalen Inspektion (Suchen nach inneren Verletzungen und die bakteriologische Untersuchung des Vaginal- bezw. Cervixsekretes).

2. Der Ausfall der bakteriologischen Untersuchung ist nur ein Hilfsmittel zur Prognosenstellung; wichtiger noch erscheint die richtige Auffassung des klinischen Bildes. Komplikationen, welche das Fortschreiten der Infektion über die Grenzen des Uterus hinaus beweisen (Parametritis, Peritonitis, Thrombophlebitis, Adnextumoren) dürfen nicht übersehen werden.

3. Sind Komplikationen nicht vorhanden, so genügt für die Behandlung die möglichst gründliche Ausräumung des Cavum uteri und die einmalige Desinfektion mit 50 proz. Alkohol.

4. Hat die Infektion bereits den Uterus überschritten, so gelten für ihre Bekämpfung die allgemeinen Grundsätze der chirurgischen Puerperalbehandlung.

5. Die bakteriologische Untersuchung des Uterussekrets empfiehlt sich auch zur Anwendung in der allgemeinen Praxis, da dieselbe für eine künftige Sammelforschung zur Beurteilung der verschiedenen Krankheitsbilder wichtiges Material liefern könnte. Die Sekretentnahme ist unter Zuhilfenahme von sterilen Scheidenspiegeln mit einem einfachen Diphtherieröhrchen leicht auszuführen.

6. Für das Greifswalder Material beträgt die Mortalität bei den fieberhaften Streptokokkenaborten 10,8 pCt., die bei dem Fehlen von Streptokokken nur 3,2 pCt.

7. Die wichtigste Aufgabe in der Praxis ist die Vermeidung der Infektionsverschleppung; daher sind fieberhafte Aborte mit derselben Sorgfalt wie Erysipel- und Puerperalfieber zu behandeln. Die Ausräumung der Aborte sollte nur mit strengem Gummihandschuhschutz, nach Möglichkeit ohne Inanspruch der Hebammenhände, vorgenommen werden. K r.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Neuere Arbeiten über Salvarsan:

Dr. **Julian Zilz: Ueber die lokale Salvarsanbehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Spirochätenerkrankungen im Bereiche der Mundhöhle.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Bekanntlich findet man bei geschwürigen Prozessen im Bereich des Zahnfleisches und der Mundhöhle vor allem ver-

schiedene Spirochätenarten in großer Anzahl und höchstwahrscheinlich führen diese Mikroben nicht nur ein saprophytisches Dasein, sondern es kommt ihnen ein pathogener Charakter zu. Dies war die Veranlassung, daß Gerber u. a. die Salvarsanbehandlung auch bei nicht spezifischen ulcerösen Spirochätenerkrankungen der Mundrachenhöhle, z. B. bei Plaut-Vincentscher Angina und bei Skorbut, versucht haben, und zwar mit Erfolg. Auch Verf. hat in einem Falle einer traumatischen Osteomyelitis des Unterkiefers, die durch Spirochaete dentium hervorgerufen war, nach Injektion von 0,6 g Salvarsan innerhalb drei Tagen alle Spirochäten aus dem Eiter verschwinden sehen. Verf. hält daher bei allen schweren Spirochätenerkrankungen im Bereich der Mundhöhle die intravenöse Salvarsantherapie für indiziert. In leichteren Fällen, besonders bei den durch Spirochäten bedingten Affektionen im Bereich der Zähne und ihrer Umgebung ist Verf. neuerdings zur lokalen Salvarsanbehandlung übergegangen. Er wendet sie an: 1. bei spezifischen lokalen Erkrankungsformen im Bereich der Mundhöhle; 2. bei sämtlichen nichtspezifischen ulcerösen Erkrankungen der Mundhöhle; 3. bei nekrotischen und gangränösen Zahnpulpen, zur Sterilisation und Desinfektion der Wurzelkanäle, schließlich an Stelle der arsenigen Säure zur Zerstörung der bloßliegenden, entzündeten Pulpa. Die Technik ist sehr einfach; das Salvarsan gelangt in einer 10 proz. wässerigen oder Glyzerinlösung bezw. in einer Suspension in fetten Oelen (Ol. amygdal. dulc., Ol. sesam., Ol. olivar.) oder in Paraffin. liquid. zur Anwendung. Nachdem die eiternden und belegten Ulcerationen mit einer körperwarmen physiologischen Kochsalzlösung abgewischt sind, wird das Salvarsan in der genannten Lösung oder Suspension auf die zu behandelnden Stellen aufgetragen. Je nach der Schwere der Affektion werden diese Pinselungen bis zu dreimal täglich vorgenommen. Besonders geeignet für diese Zwecke ist die Salvarsanpackung à 0,1, die es ermöglicht, die Lösungen oder Suspensionen jeden Tag frisch zu bereiten. Nach den bisherigen Erfahrungen geht bei den geschwürigen Erkrankungen der Mundhöhle die Reinigung der bis dahin ganz reaktionslosen, torpiden Geschwüre unter der lokalen Salvarsantherapie sehr rasch von statten, die Spirochäten verschwinden völlig. Bei der lokalen Applikation, selbst in Fällen, in denen das Salvarsan 24 Stunden und länger in der Pulpahöhle unter Guttaperchaverschluß eingelagert blieb, wurden keinerlei Nebenerscheinungen, wie man sie bei der Behandlung mit arseniger Säure zu sehen pflegt, beobachtet.

Dr. **Karl Beck** (Heidelberg): **Experimentelle Untersuchungen zur Frage nach der neurotoxischen Wirkung des Salvarsans.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Bekanntlich ist es noch nicht vollständig entschieden, ob die sogenannten Neurorezidive nach Salvarsanbehandlung bei Syphilis auf Arsenwirkung zurückzuführen oder als syphilitische Manifestationen anzusehen sind. Allerdings sprechen die klinischen Erfahrungen dafür, daß es sich um syphilitische Erscheinungen handelt, wobei allerdings Salvarsan eine prädisponierende Rolle zu spielen scheint; denn diese Erscheinungen sind in der Salvarsanära entschieden viel häufiger als bei der Quecksilberbehandlung. Immerhin scheint es erwünscht, diese Frage auch durch Tierversuche zu untersuchen. Verf. stellte derartige Versuche an weißen Mäusen an. Den Tieren, deren Körpergewicht etwa 20 g beträgt, wurden bis zu 3 mg Salvarsan in alkalischer Lösung in die Schwanzvene injiziert (was ungefähr 9 g bei einem 60 kg schweren Menschen entspricht). Die Tiere sind 2 Tage nach der Injektion auffallend ruhig und fressen wenig, nachher sind sie wieder ganz munter. Nach verschiedenen Zeiten wurden die Tiere dekapitiert und dann ihr Schädelinhalt (Gehirn, Hirnnerven usw.) mikroskopisch untersucht. Die auf diese Weise gewonnenen Präparate ließen nicht die geringste Degenerationserscheinung in irgendeinem nervösen Teil des Kopfes erkennen. Die Versuche haben somit keinen Anhaltspunkt für eine toxische Wirkung des Salvarsans auf die Kopfnerven, insbesondere den Acusticus und die nervösen Endapparate, ergeben.

Johann Almkvist (Stockholm): **Ueber die Ursachen der Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninjektion.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Wie Wechselmann gefunden hat, wird die toxische Wirkung von Salvarsaninfusionen dadurch auf ein Mindestmaß zurückgeführt, daß man die Lösungen immer mittels frisch destillierten Wassers bereitet und im übrigen nach streng aseptischen Grundsätzen verfährt. Dann ist die Lösung vor dem Kochen beinahe keimfrei und nach dem Kochen kann sie keine nennenswerten Mengen von Bakterienproteinen enthalten. Verf. ist in der Lage, auf Grund seiner eigenen Erfahrungen die Angaben Wechselmanns zu bestätigen. Von April bis September 1911 machte er 265 intravenöse Infusionen, wobei die Salvarsanlösungen mittels gewöhnlichen destillierten Wassers bereitet waren; die Salvarsandosis war gewöhnlich 0,4 g. Hierbei trat Fieber in 32,4 pCt. der Fälle auf, sonstige Beschwerden ohne Fieber in 7,6 pCt.; ganz ohne Reaktion blieben nur 60 pCt. der Fälle. Von Anfang September bis Anfang Dezember machte er 195 Salvarsaninfusionen, bei denen die Lösungen nach der Methode von Wechselmann mittels frisch destillierten Wassers hergestellt waren; die Zahl der Fieberfälle darnach betrug nur noch 3,5 pCt.; sonstige Beschwerden darnach hatten 4 pCt. der Injizierten; ganz reaktionslos blieben 92,5 pCt. Damit sind in praktischer Hinsicht die Angaben Wechselmanns bestätigt. In den wenigen Fällen, in denen trotzdem Fieber auftrat, glaubt Verf. dasselbe aus anderen Ursachen herleiten zu können. Er führt die fieberhafte Reaktion und die sonstigen Beschwerden teils auf Spirochätenzerstörung und Freiwerden toxischer Stoffe (von Syphilisproteinen) zurück, teils auf die die Syphilis begleitenden Komplikationen. — Mehrere Patienten, die früher nach den Salvarsaninjektionen schwere Reaktionen durchgemacht hatten, zeigten nach späteren Injektionen, bei denen Verf. die Lösungen mittels frisch destillierten und sterilisierten Wassers bereitete, gar keine Reaktionserscheinungen. — Verf. kommt zu der Schlußfolgerung, daß unter Mitwirkung des Salvarsans Reaktionserscheinungen nach Salvarsaninjektionen auftreten können infolge von bakteriellen Giften, wenn solche in genügender Menge im Blut vorhanden sind. Diese Gifte können teils von im destillierten Wasser enthaltenen Bakterien stammen, teils von schon im Körper des Kranken vorhandenen Infektionen (darunter die Spirochäten selbst). Die Zusammenwirkung des Salvarsans und der toxischen Stoffe kann auch eine nur lokale, an gewisse Organe gebundene sein.

Privatdozent Dr. **Martin Kochmann** (Greifswald): **Die Toxizität des Salvarsans bei intravenöser Einverleibung nach Versuchen am Hund und Kaninchen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Verf. prüfte die Giftwirkung des Salvarsans in 2—3,5 proz. alkalischer Lösung bei intravenöser Infusion (in die Vena jugularis ext.) an Kaninchen und Hunden. Bei Kaninchen üben Gaben von 3—5 mg pro Kilogramm Tier überhaupt keine Wirkung aus, bei Gaben von 6—40 mg kann eine zum Teil recht erhebliche Zunahme des Körpergewichts konstatiert werden. Erst bei einer Dosis von 50 mg pro Kilogramm kommt es zu einer zwei Tage lang anhaltenden Nierenschädigung (Auftreten von Eiweiß im Urin), ohne daß das Körpergewicht Einbuße erleidet. Bei 70 mg findet sich eine länger anhaltende Albuminurie, gleichzeitig mit Ausscheidung von Traubenzucker durch den Urin. 100 mg pro Kilogramm Körpergewicht stellen die tödliche Dosis dar. Bei der Sektion findet man entzündliche Läsionen des Magen-Darmkanals, kleine Substanzdefekte der Magenschleimhaut mit Blutextravasaten; das Colon zeigt eine schwere hämorrhagische Entzündung und auch die Nieren weisen Schädigungen auf. 200 mg töten das Tier in kürzester Zeit, ohne daß sich bei der Autopsie anatomische Veränderungen feststellen lassen. Bei Hunden erwies sich Salvarsan toxischer als bei den Kaninchen. Hier kann schon bei 25 mg Salvarsan pro Kilogramm Tier Albuminurie und Körpergewichtsabnahme erfolgen. Ein anderes Tier vertrug 44,2 mg pro Kilogramm und nahm dabei an Körpergewicht zu. 50 und 100 mg pro Kilogramm wirken letal und bedingen anatomische Veränderungen, die den bei den Kaninchen beobachteten analog sind. Die anatomischen Befunde sprechen dafür, daß es sich bei der Salvarsanvergiftung um typische Arsenwirkung handelt. Verf. prüfte deswegen zum Vergleich die Giftwirkung des Kal. arsenicosum bei Kaninchen. Schon bei einer Dosis von 4 mg As_2O_3 pro Kilogramm Tier beginnen hier die toxischen Wirkungen; 6 mg können schon den Tod bedingen und 7 mg ist die sicher letale Dosis. Während also bei Salvarsan 34 mg Arsen die Dosis letalis für Kaninchen darstellen, tritt bei der intravenösen Injektion von Kal. arsenicosum der Tod schon bei 4,56—5,3 mg Arsen ein.

Prof. **Paul Th. Müller** (Graz): **Ueber den Bakteriengehalt des in Apotheken erhältlichen destillierten Wassers.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 51.)

Verf. hat eine Methode ausgearbeitet, welche gestattet, die Zahl der im Wasser enthaltenen Keime direkt durch mikroskopische Zählung zu ermitteln. Die Methode beruht auf einer Fällung der Bakterien aus 100 ccm Wasser durch Liquor Ferri oxychlorati; die Bakterien werden dann durch konzentrierte alkoholische Gentianaviolettlösung gefärbt, mit dem Eisenniederschlag abzentrifugiert und auf den Objektträger gebracht, wobei die Mengenverhältnisse derart bemessen sind, daß die in einem Gesichtsfeld des Mikroskops durchschnittlich gezählten Bakterien, mit 1000 multipliziert, die Keimzahlen in 1 ccm des verwendeten Wassers angeben. Verf. prüfte mittels dieser Methode, welche auch die toten Bakterien mitzählt, die Anzahl der in verschiedenen Proben destillierten Wassers enthaltenen Keime. Es kamen 16 in verschiedenen Apotheken von Graz eingekaufte Proben destillierten Wassers sowie 4 Proben von im hygienischen Institut befindlichen destilliertem Wasser zur

Untersuchung. In der Mehrzahl der Proben fanden sich in 1 ccm Wasser 70 000 bis 700 000 Keime; in einem Falle stieg die Zahl auf 6 Millionen. Von Wichtigkeit ist diese Tatsache durch die Angabe von Wechselmann u. a. geworden, daß die Nebenerscheinungen bei der Salvarsanbehandlung teilweise auf dem Keimgehalt des zur Herstellung der Salvarsanlösung verwendeten destillierten Wassers beruhen. Zum Vergleich führt Verf. an, daß in 5 ccm 24 stündiger Kultur von Bact. coli 600—7000 Millionen, in 5 ccm 24 stündiger Typhuskultur 300 bis 900 Millionen Keime enthalten sind. R. L.

Arbeiten über Hypophysenpräparate.

Dr. **Emil Vogt** (Dresden): **Geburtshilfliche Erfahrungen mit Pituitrin.** (Münch. med. Wochenschrift, 1911, No. 51.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, die er mit Pituitrin als Wehenmittel in der Dresdener kgl. Frauenklinik an ca. 100 Fällen machte. Stets wurde das Präparat von Parke, Davis & Co., das in zugeschmolzenen, gebrauchsfertigen, sterilen Ampullen in den Handel kommt, angewendet. Die zur Injektion kommende Menge betrug 1 oder 2 ccm. Als Injektionsstelle wurde die Außenseite des Oberschenkels gewählt und zwar wurde teils subkutan, teils intramuskulär injiziert; ein Unterschied in der Wirkung wurde dabei nicht bemerkt. Die Injektion wurde stets reaktionslos vertragen; unangenehme Nebenerscheinungen, wie Nachschmerz oder lokale Reizerscheinungen, wurden nie beobachtet; die Injektion selbst ist nicht schmerzhaft. Das Pituitrin wirkt in der Weise, daß es rhythmische Kontraktionen der glatten Muskulatur des Uterus auslöst und die Wehentätigkeit reguliert und beträchtlich verstärkt. Die Wirkung erfolgt nach 3—4 Minuten, nur ausnahmsweise nach 5 Minuten; ein Unterschied zwischen Erst- und Mehrgebärenden besteht nicht; bei Narkotisierten tritt nach E. Kehrer die Wirkung erst nach ungefähr 8 Minuten auf. Nach den Erfahrungen des Verfassers wirkt das Pituitrin prompt und sicher in der Austreibungsperiode. Es dient zur Beschleunigung normaler Geburten und ist geeignet zur Bekämpfung oder Beseitigung der sekundären Wehenschwäche, auch bei engem Becken. Aber auch in der Eröffnungsperiode ist Pituitrin wirksam, wenn auch nicht konstant. Ob es in gleicher Weise, wie auf den schwangeren Uterus, auch nach der Ausstoßung der Placenta wirkt, läßt sich vorläufig noch nicht sicher angeben. Tetanus uteri und dadurch bedingte Schädigungen des Kindes wurden in keinem einzigen Falle beobachtet. Die kindlichen Herztöne werden zwar in der Regel durch Pituitrin beeinflußt, sie sind oft auch am Ende der Wehenpause noch verlangsamt und haben sich öfters beim Einsetzen der nächsten Wehe noch nicht ganz erholt. Trotzdem wurden die Kinder stets ohne jede Asphyxie geboren. Alles in allem ist nach Verf. das Pituitrin das idealste Wehenmittel, das wir zurzeit besitzen.

Oberarzt Dr. **A. Hamm** (Straßburg): **Hypophysenextrakt als Wehenmittel bei rechtzeitiger und vorzeitiger Geburt.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Verf. berichtet aus der Straßburger Universitätsklinik über die mit Hypophysenextrakt (Pituitrin) als Wehenmittel gemachten Erfahrungen. Seine Erfahrungen entsprechen im allgemeinen denen anderer Beobachter. Bei rechtzeitiger Geburt erwies sich das Pituitrin als ein Mittel, welches bei primärer oder sekundärer Wehenschwäche fast immer kräftige Wehen anregt. Am auffälligsten war die Wirkung immer in der Austreibungsperiode. Verf. empfiehlt, das Pituitrin nicht zu früh, jedenfalls nicht vor völligem Verstrichensein des Scheidenteils zu verabreichen. Als wirksamste Dosis bewährte sich eine Menge, die 0,2 g Hypophysensubstanz entspricht. Verf. benutzte zu seinen Versuchen sowohl die Präparate von Parke, Davis & Co. und Burroughs, Wellcome & Co. in London wie auch das Pituglandol von Hoffmann-la Roche & Co., Basel. Alle drei Präparate bewährten sich gleich gut. Zuweilen machte sich das Einsetzen der Pituitrinwirkung durch eine einmalige, höchstens zweimalige intensive Dauerkontraktion des Uterus bemerkbar, die mehrere Minuten (einmal sogar 17 Minuten) dauerte; eine Schädigung des Kindes durch diese Dauerkontraktion wurde in keinem Falle gesehen. Verf. ist der Ansicht, daß Pituitrin nicht nur die Geburtsdauer wesentlich abzukürzen vermag, sondern daß damit auch manche Zangen- und schwierige Steißextraktion vermieden werden kann. Daher sollte in allen Fällen, wo mit der Möglichkeit einer Spontangeburt gerechnet werden kann und wo nicht eine absolute Indikation für Mutter und Kind zu sofortigem Eingreifen zwingt, der Versuch gemacht werden, durch Injektion von Hypophysenextrakt einen operativen Eingriff entweder zu umgehen, oder wenigstens die mütterlichen Weichteile sowie die Einstellung des Kindes mit Hilfe neuer Wehen so vorzubereiten, daß nachher die Operation unter günstigeren Bedingungen ausgeführt werden kann. Wie fast alle Beobachter, hebt auch Verf. hervor, daß Pituitrin nur wirkt, wenn schon Wehen bestehen, nicht aber beim ruhenden Uterus; daher eignet sich das Pituitrin nicht zur Einleitung der Frühgeburt; es kommt dabei leicht zur Striktur des inneren Muttermundes, wodurch eventuell notwendig werdende Eingriffe erschwert werden.

P. Schäfer (Berlin): **Erfahrungen mit Pituglandol.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Bisher wurde das Hypophysenextrakt nur in Form des von ausländischen Firmen dargestellten Pituitrin therapeutisch verwendet. Neuerdings hat nun auch eine deutsche Fabrik, Hoffmann-la Roche & Co. in Basel-Grenzach, ein Hypophysenextrakt dargestellt und bringt es unter dem Namen Pituglandol in den Handel. Es wird aus dem infundibularen Teile der Glandula pituitaria (Hypophysis) gewonnen, von dem 1 ccm 0,1 g frischen infundibularen Teil enthält. Verf. hat das neue Präparat in der Universitäts-Frauenklinik der kgl. Charité zu Berlin an 24 Kreißenden geprüft. Die Wirkung war im wesentlichen die gleiche wie die des Pituitrins. Die Einzeldosis betrug meist 1 ccm. Was die Wirkung des Pituglandols im einzelnen anlangt, so wurde meist eine deutliche Pulsverlangsamung festgestellt, die kurze Zeit nach der Injektion auftritt und sich im Laufe der Geburt oder kurz darnach wieder ausgleicht. Die Nachgeburtsperioden zeigten keine Abweichung von der Norm; üble Nebenwirkungen auf die Mutter wurden nicht beobachtet. Die Injektionen selbst rufen einen brennenden Schmerz hervor, der jedoch nach kurzer Zeit wieder verschwindet; die Injektionen wurden subkutan gemacht. Die Wochenbetten der mit Pituglandol behandelten Frauen verliefen sämtlich normal. Die kindlichen Herztöne werden durch das Mittel nicht beeinflußt; mit einer Ausnahme wurden sämtliche Kinder lebend und lebensfrisch geboren. Auf die Wehentätigkeit wirkt das Pituglandol im wesentlichen in gleicher Weise wie das Pituitrin. Wenn überhaupt noch keine Wehe vorausgegangen ist, gelingt es zeitweise nicht, den Uterus zu einer geregelten Wehentätigkeit zu bringen. Am physiologischen Ende der Schwangerschaft ist die Wirkung ebenfalls zweifelhaft. Wenn dagegen die Wehen schon angefangen haben, aber nur schwach sind und in langen Zwischenräumen kommen oder aber wenn nach vorausgegangenen Wehen die Geburt während der Eröffnungsperiode wieder stillsteht, gelingt es fast in allen Fällen durch eine einmalige Injektion, die Wehen zu bessern und die Geburt rasch zu Ende zu führen. In manchen Fällen wird die Wiederholung der Injektion erforderlich. Eine kumulierende Wirkung wurde nie beobachtet. Ganz besonders günstig wirkt Pituglandol bei Wehenschwäche in der Austreibungsperiode. Die Schmerzhaftigkeit der Wehen scheint nach Pituglandol zuzunehmen. Zur Einleitung von Abort und Frühgeburt sind weder Pituitrin noch Pituglandol brauchbar. Bei Wehenschwäche in der Eröffnungsperiode müssen häufig wiederholte Dosen gegeben werden, bis die erwartete Wirkung eintritt. R. L.

Lokale medikamentöse Therapie.

Dr. **Maximilian Wassermann** (Meran): **Endonasale Asthmatherapie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Nach Verf. ist es die Aufgabe der endonasalen Asthmatherapie zu verhüten, daß überhaupt neue Asthmaanfälle auftreten. Die operative rhinologische Behandlung hat in dieser Beziehung nicht das geleistet, was man sich früher davon versprochen hatte. Auf Grund seiner Erfahrungen beschränkt sich Verf. in operativer Hinsicht auf das Allernotwendigste, z. B. Entfernung von Polypen, welche die Nasenatmung unmöglich machen. Dann wird eine Behandlung eingeleitet, welche bezweckt, den Patienten durch endonasale Therapie längere Zeit anfallsfrei zu erhalten. Dies gelingt in den meisten Fällen durch folgendes Vorgehen: Man führt in der Sprechstunde, am liebsten nachmittags, in jede Nasenhöhle einen etwa 3 cm langen Wattetampon ein, der mit einer anästhesierenden Flüssigkeit (s. unten) getränkt ist, und placiert den Tampon wagerecht derart, daß er sowohl am Tuberculum septi als auch am anderen Ende der unteren Muschel anliegt. Den Pat. läßt man dann im Nebenzimmer 15 Minuten lang mit nach vorn geneigtem Kopf sitzen, nimmt dann erst den Tampon heraus und läßt tüchtig schneuzen. Die Dicke des Tampons richtet sich nach dem Lumen des Nasenganges. Er soll nicht drücken, bloß leicht und sicher anliegen. Eine solche Tamponade mache man 8—14 Tage lang täglich. In den meisten Fällen stellt sich sofort ein leichteres Atmen ein, der allnächtliche Anfall bleibt aus. Nach 8 tägigem Ausbleiben des Anfalls wird der Tampon nur jeden zweiten Tag eingeführt; wenn kein neuer Anfall kommt, nach einiger Zeit jeden dritten Tag und allmählich seltener, bis man ganz aufhört. Als Tamponflüssigkeit kann man jedes beliebige Lokalanästheticum anwenden; man soll mit 1—2 proz. Lösungen beginnen und erst bei Nichterfolg zu stärkeren übergehen. Am besten bewähren sich Kombinationen verschiedener Anästhetica; 1—2 proz. kombinierte Lösungen von Eucain

und Eumydrin, Kokain, Alypin und dergl. wirken vortrefflich. Bloß bei Kranken, die viel mit Sprayinhalationen vorher behandelt wurden, braucht man stärkere Lösungen. Die bei dieser Tamponade täglich resorbierte Menge von Medikamenten ist sehr gering. Ein Tampon faßt höchstens 1 g Flüssigkeit; es wird höchstens $^1/_{10}$ davon resorbiert; daher wird z. B. von einer Lösung, die 1 pCt. Alypin und ½ pCt. Eumydrin enthält, nicht mehr als 1 mg Alypin und ½ mg Eumydrin resorbiert. — Daneben kommt natürlich, soweit erforderlich, die sonstige physikalische und medikamentöse Therapie zur Anwendung.

Prof. Dr. **H. Braun** (Zwickau): **Ueber die Behandlung von Neuralgien des 2. und 3. Trigeminusastes mit Alkoholinjektionen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 52.)

Die Injektionstherapie der Neuralgien an sich ist nicht neu, aber sie hat in neuerer Zeit wichtige Verbesserungen erfahren. Was die Trigeminusneuralgie anlangt, so ist hier in erster Linie Schlösser zu nennen, der hierbei die Alkoholinjektionen eingeführt und den Alkohol unmittelbar an dasForamen rotundum und ovale injiziert hat. Die von Schlösser angegebene Technik der Injektionen war indessen ziemlich schwierig. Offerhaus hat, indem er anstatt des Alkohols Kokain injizierte, die Trigeminusstämme zum Zwecke der Ausführung großer Gesichtsoperationen anästhesiert. Dasselbe hat Verf. mittels Novocain-Suprarenininjektionen erreicht. Es ist dies eine gute Vorübung für die Alkoholinjektionen bei Trigeminusneuralgien des zweiten und dritten Astes. Verf. geht dabei in folgender Weise vor: Er injiziert vom Gesicht aus; der Einstichpunkt für das Foramen rotundum liegt am unteren Rande des Jochbeins, dicht hinter dessen unterem Winkel. Unter Fühlung mit dem Tuber maxillae tastet man sich mit der Nadelspitze weiter, bis letztere in die Fossa pterygo-palatina eindringt und den Trigeminus II unmittelbar am Foramen rotundum erreicht. In diesem Augenblick empfindet der Patient in die oberen Zähne ausstrahlende Parästhesien. Der Patient ist vorher darauf hinzuweisen, diesen Moment anzugeben. Zum Foramen ovale gelangt man auf folgendem Wege: Der Einstichpunkt liegt in der Mitte des Jochbogens, an dessen unterem Rande, vor dem Kiefergelenk. Sticht man hier eine Hohlnadel in genau querer Richtung ein, so stößt die Nadelspitze in der Tiefe von 4½—5 cm auf Knochen. Dieser Knochen ist der Ansatz des Processus pterygoideus, und die Nadelspitze befindet sich jetzt unmittelbar vor dem Foramen ovale. Man zieht die Nadel daher bis ins Unterhautzellgewebe zurück und sticht sie in einem kleinen Winkel mehr nach hinten bis zur gleichen Tiefe ein. Die Nadel muß deshalb graduiert sein, oder man muß die gefundene Tiefe durch ein Heftpflasterstreifchen auf der Nadel markieren. Den Augenblick, in dem der Patient in den Unterkiefer ausstrahlende Parästhesien empfindet, muß er wieder angeben. Die Einstichstellen werden durch eine Quaddel mit Novocainlösung anästhetisch gemacht, da das Einstechen der mit Alkohol befeuchteten Hohlnadel in die Haut erheblich schmerzt. Die Nadeln sind 8 cm lang und 0,7 mm dick. Während der Einführung der Nadel läßt sich Verf. einen Schädel hinter den Kopf des Kranken halten, an dem die Richtung der Nadel durch eine Sonde gekennzeichnet ist. Verf. injiziert 2 ccm 96 proz. Alkohol. Den sehr heftigen Schmerz, der nach der Injektion entsteht, vermeidet Verf., indem er erst einige ccm der 2 proz. Novocain-Suprareninlösung injiziert und nach einigen Minuten den Alkohol nachspritzt. Verf. hat einige Fälle von Trigeminusneuralgie mit Erfolg in dieser Weise behandelt. R. L.

Serumtherapie.

Prof. Dr. **R. Freund** (Berlin): **Mit Pferdeserum geheilte Schwangerschaftstoxikose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 52.)

Verf. hat früher gefunden, daß die toxische Wirkung placentarer Stoffe nicht nur durch das Serum Kreißender aufgehoben wird, sondern daß auch andere Sera die gleiche entgiftende Wirkung haben, z. B. die Sera von Nichtgraviden, Männern, Meerschweinchen, Pferden. Verf. hat daher schon früher in einigen Fällen Pferdeserum zur Bekämpfung puerperaler Eklampsien versucht und damit anscheinend Erfolg erzielt. Neuerdings bot sich Gelegenheit, die Wirkung des Pferdeserums bei einer anderweitigen Schwangerschaftstoxikose, nämlich einer Dermatose, zu versuchen. Es handelte sich um eine 21 jährige Primipara, welche im 8. Monat spontan mit Zwillingen niederkam und einen Tag vor dem Partus an einem juckenden Hautausschlag erkrankte, der durch die Entbindung nicht coupiert wurde, sondern sich im Wochenbett in wachsender Intensität über den ganzen Körper in Gestalt von Fleckchen, Knötchen und Bläschen ausbreitete und von äußerst heftigem Juckreiz begleitet war. Deshalb wurden am 6. Wochenbettstage der Patientin 25 ccm frischen Pferdeserums in die linke Vena mediana injiziert. Darnach traten Schüttelfrost, Fieber bis 39,5° und Kopfschmerzen auf, doch dauerte dieser Zustand nur ½ Tag, während dessen der Juckreiz sich fast vollständig verlor; das Exanthem begann sofort abzuheilen und war am 7. Tage nach der Injektion so gut wie völlig geschwunden. Verf. hält einen kausalen Zusammenhang zwischen der Seruminjektion und der Heilung in diesem Falle für unbestreitbar.

Prof. **Dr. Claus Schilling** (Berlin): **Ein neues Immunisierungsverfahren gegen Trypanosomenkrankheiten.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Verf. versuchte, durch Abtötung der Trypanosomen in vitro Immunität erzeugende Antigene zu gewinnen, und es gelang ihm, ein brauchbares Verfahren zu finden. Tartarus stibiatus tötet in der Verdünnung 1:2000 Trypanosomen der Nagana in etwa 2 Stunden ab. Nun werden Ratten auf der Höhe der Infektion. Auch bei Hunden kann man durch Einspritzung dieser der 2 proz. Natr. citric. zugesetzt ist, entblutet. Abzentrifugieren der Blutkörperchen in der Handzentrifuge, Abpipettieren der obenstehenden trüben Flüssigkeit. Diese wird mit Tartarus stibiatus (1:700 in Bouillon gelöst) zu gleichen Teilen versetzt. Erneutes Zentrifugieren in der großen elektrischen Zentrifuge. Der Bodensatz wird mit etwas Bouillon aufgeschwemmt und nach mindestens 2 Stunden zu den Impfungen verwendet. Spritzt man 0,5—2 ccm dieses Materials Ratten in die Bauchhöhle, so entwickelt sich im Laufe der nächsten Tage eine deutliche Unempfindlichkeit gegen die Infektion mit Trypanosomen. Allerdings ist diese Immunität bei vielen Tieren keine vollständige, sondern eine beschränkte; die Inkubationszeit wird von 24 Stunden auf 4—27 Tage verlängert; bei einigen Tieren allerdings war die Immunität vollständig. Das Serum solcher Immunratten, Mäusen gleichzeitig mit Nagana intraperitoneal in Mengen von 1 ccm einverleibt, schützt diese gegen die Infektion. Auch bei Hunden kann man durch Einspritzen dieser mit Tartar. stibiat. abgetöteten Trypanosomen Antikörper erzeugen, ebenso beim Pferd. R. L.

Physikalische Therapie.

Hofrat Prof. Dr. **W. Winternitz** (Wien-Kaltenleutgeben): **Zu Sonnenkuren.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1911, No. 49.)

Die Bemerkungen des Verfassers zu Sonnenkuren erfolgen im Anschluß an eine Vorstellung von drei Kindern (in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte vom 24. November 1911 von Dr. Jerusalem), die durch Sonnenwirkung von schweren tuberkulösen Knochenerkrankungen geheilt wurden. Blühend aussehende, gut genährte, heiter dreinblickende, ihrer äußeren Erscheinung nach geradezu als Bilder der Gesundheit sich präsentierende Kinder waren die Objekte dieser Demonstration. Aus Skioptikonbildern, die die Kinder vor und nach ihrer Kur in Grimmenstein zeigten, war unschwer zu erkennen, daß bei diesen erbarmungswürdigen Geschöpfen bei der üblichen Behandlungsweise eine letale Prognose gestellt werden müßte. Diese verlorengeglaubten Kinder sind unter der Sonnenkur allein, nebst den sanitären und hygienischen Verhältnissen einer Anstaltsbehandlung, gesund geworden. Fast ganz ohne direkten chirurgischen Eingriff sind Geschwüre, tiefe Wunden, Decubitus, Knochenfisteln, skrofulöse Drüsen und Drüsenpakete an der Oberfläche und in der Tiefe geschwunden, Granulationen zum Einschmelzen gebracht, profuse Sekretionen und Eiterungen versiegten allmählich, glatte Narben und Ueberhäutungen, wie solche den geschicktesten manuellen Eingriffen nicht gelingen, bewirkte die Sonne. Knochenfisteln schlossen sich, eine schwere Gelenktuberkulose heilt ohne Bandagen und Fixationsapparat bei offener Wundbehandlung, ohne Ankylose oder Funktionsbehinderung zurückzulassen, eine wahre „restitutio ad integrum“. Ist es denkbar, fragt Verf., daß der Sonnenstrahl durch die vielen Gewebsschichten, Granulationen, Wucherungen und Sekrete, selbst durch Knochen bis in die Tiefe dringe, um die dort eingenisteten Bacillen zu vernichten; kann damit die Heilung des lokalen und allgemeinen Konstitutionsleidens wirklich erklärbar sein? Wenn wir beobachten, daß bei niedrigem Luftdruck in den Höhenlagen auch ohne direkte Belichtung Besserung des Allgemeinbefindens, Zunahme des Körpergewichtes, Besserungen und Heilungen der verschiedensten tuberkulösen Allgemein- und Lokalaffektionen vorkommen, so fragt es sich, ob die Besonnung des Lokalprozesses allein, die baktericide Kraft der Sonnenstrahlen, gleichzeitig die so intensiven Allgemeinwirkungen erklären könnte. Wir sehen in der Höhe und am Meeresstrande die gleichen Besserungen des Allgemeinbefindens, des Aussehens, des Appetits, des Fiebers und der Lokalaffektion. Wir sehen im Gebirge und an der Meeresküste Veränderungen der Blutbeschaffenheit, wie Verf. solche unter thermischen Eingriffen jederzeit hervorzubringen vermochte. Er hat die Vermehrung des Hämoglobins, der Zahl der roten Blutkörperchen, des spezifischen Gewichtes auf Besserung der Zirkulation bezogen und nicht auf eine so momentane Neubildung. Er sah bei kritischem Fieberabfall, bei Infektionskrankheiten

in oft weniger als einer Stunde die Zahl der roten Blutkörperchen um fast zwei Millionen ansteigen. Er glaubte dies im Sinne der Hüterschen globulösen Stase deuten zu sollen. Hier werden unter Besserung der Herzaffektion, des Gefäß- und Gewebstonus aus Provinzen, in denen Stauungen, Anhäufungen von Blutelementen stattfinden, diese in die allgemeine Zirkulation geworfen. Man hat dann durch bessere Blutversorgung der Gewebe den Effekt wirklich neugebildeten Blutes. Ganz in ähnlicher Weise läßt sich analoge Blutveränderung als Wirkung der Höhe vermuten, da hier der niedrigere Luftdruck, tiefere Atmung, kräftigere Herzaktion denselben Effekt haben müssen. Also auch hier ist noch nicht die spezifische Sonnenwirkung zu finden. Ein klinisch sehr wichtiges Moment der Belichtung und des Sonneneinflusses scheint Verf. aber in dem Einfluß auf die Psyche gelegen und dieser läßt sich unabhängig von hohem und niedrigem Luftdrucke überall im Sonnenschein beobachten. Alle Heliotherapeuten, ja alle, die solche Sonnenheilstätten besuchten, können den heiteren Eindruck nicht vergessen, den alle, selbst die schwersten Kranken, in solchen Anstalten darbieten. In dieser in Wirklichkeit in sonniger Atmosphäre auftretenden frohen Stimmung ist nach Verf. gewiß ein mächtiger Heilfaktor gelegen. Daß dabei auch die günstigen Stoffwechseländerungen in der Höhe, aber auch an der Meeresküste, ja selbst in der Großstadt unter Besonnung mitwirken, ist ganz unbezweifelbar. Für die Lokaltuberkulose ist ein sehr wichtiges Hilfsmoment die offene Wundbehandlung in der Sonne, die aber auch nicht an die Höhe gebunden ist, wie von verschiedenen Seiten und von den verschiedensten Orten mitgeteilt wird. Doch möchte Verf. auch dabei der lokalen Vernichtung der Bacillen eine geringere Bedeutung beimessen, als der tonisierenden Wirkung auf den Gesamtorganismus, durch welche alle natürlichen Schutz- und Wehrkräfte des Körpers mobilisiert werden. Und diese Wirkung der Sonne ist an keine Oertlichkeit, keinen Barometerstand gebunden. Kr.

Dr. **K. Reicher** und Dr. **E. Lenz** (Berlin): **Weitere Mitteilungen zur Verwendung der Adrenalinanämie als Hautschutz in der Röntgen- und Radiumtherapie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 1.)

Wie die Verfasser schon früher mitgeteilt haben, ist die mit Adrenalin anämisierte Haut gegen Röntgenstrahlen (ebenso auch gegen Radiumstrahlen) widerstandsfähiger als die normale, und zwar erträgt sie annähernd die doppelte Erythemdosis weicher Strahlen auf drei Wochen. Die Adrenalin-Anämie wurde anfangs durch Injektion von Adrenalinlösung in die Haut erzielt. Versuche, die Adrenalininjektion durch Einreibung von Adrenalinsalbe zu ersetzen, führten zu keinem praktisch brauchbaren Ergebnis. Dagegen fand sich eine geeignete Applikationsform für die Zwecke der Adrenalinanämie in der Iontophorese (Elektrophorese). An Stelle der Punktionsnadel tritt hier die differente Elektrode, und zwar der positive Pol in Form eines mit Adrenalin-Novocainlösung getränkten Mulläppchens. Die Adrenalinstammlösung wird mit zwei Teilen einer ½ proz. Novocainlösung verdünnt; man verwendet dann bei kleineren Flächen etwa 6, bei größeren etwa 9 ccm der Mischung. Der elektrische Strom zerlegt das Adrenalinchlorhydratmolekül, und das anämisierende Ion wandert als Kation gegen die Kathode. Hierbei dringen die Adrenalinionen in die unter der differenten Elektrode liegende Haut und erzeugen in ihr die Anämie. Als Elektrode verwendet man Zinnfolie in mehrfacher Lage oder die in der Elektrotherapie sonst gebräuchlichen Elektrodenformen. Die Fläche der differenten Elektrode muß etwas kleiner gewählt werden als das darunter liegende, mit Adrenalin getränkte Mulläppchen, da sonst die direkt aufliegende Metallelektrode um den anämischen Bezirk herum eine starke Randhyperämie erzeugt. Die Größe der Elektroden und des Mulläppchens wählt man beide etwas größer als das zu bestrahlende Hautfeld, damit evtl. am Rande auftretende hyperämische Hautstellen außerhalb des X-Strahlenfeldes zu liegen kommen. Die indifferente Elektrode (Kathode) wird möglichst groß gewählt und an beliebiger Stelle des Körpers, am besten direkt gegenüber der Anode, angelegt. Die zur Verwendung gelangenden Stromstärken liegen zwischen 5 und 20 Milliampère; man läßt den Strom allmählich bis zu der Intensität ansteigen, bei der der Patient eben unangenehme Sensationen verspürt, und geht dann wieder etwas herunter. Nach 5 Minuten Stromdurchgang besteht schon deutliche Anämie der Haut; es empfiehlt sich jedoch, den Stromdurchgang 10 Minuten andauern zu lassen. Die Anämie bleibt gewöhnlich für die Dauer einer halben Stunde erhalten. — Bei kleinen Bestrahlungsfeldern, z. B. über malignen Tumoren oder tuberkulösen Lymphdrüsen, geben die Verfasser der Adrenalininjektion den Vorzug; handelt es sich dagegen um die Bestrahlung großer Hautflächen, so bietet die Iontophorese Vorteile. Wichtig ist, daß stets sämtliche Hautstellen, die im Bereich des Strahlenfeldes liegen, während der ganzen Dauer des Strahlendurchganges völlig blaß sind. — Bei der therapeutischen Tiefenbestrahlung verwendet man heute übrigens harte Strahlen und schaltet noch durch Filter die weichen ganz aus. In diesem Falle verträgt die Haut bei der Adrenalindesensibilisierung die dreifache Erythemdosis für drei Wochen. Die anämisierte Haut absorbiert von den weichen X-Strahlen weniger als die durchblutete; es gelangt also ein größerer Prozentsatz weicher Strahlen in den Geweben unter der Haut zur therapeutischen Wirkung. R. L.

Chirurgische Therapie.

Dr. **Ernst Portner** (Berlin): **Die Therapie der Harnverhaltung.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 44.)

Verf. zeigt, daß der praktische Arzt bei der Harnverhaltung vollauf in der Lage ist, sachgemäß einzugreifen, ohne an die Unterstützung des Spezialisten appellieren zu müssen. Eine Harnverhaltung kommt auf zwei verschiedenen Wegen zustande: 1. Entweder ist der Blasenmuskel gelähmt und nicht imstande, den Harn durch die Harnröhre hindurchzutreiben, oder aber 2. der Blasenmuskel arbeitet kräftig, aber die Harnröhre ist versperrt. Der erste Fall — Lähmung des Blasenmuskels — liegt vor bei mancherlei Nervenerkrankungen, so bei Tabes, bei Tumoren des Rückenmarks, bei Myelitis. Uebrigens kommt eine Lähmung des Blasenmuskels auch vor, ohne daß sich ein nervöses Grundleiden nachweisen ließe. Bei der Versperrung der Harnröhre handelt es sich im wesentlichen um Strikturen und um die Prostatahypertrophie. Von selteneren Ursachen ist der Blasenstein und der Blasentumor zu nennen. Der Blasenstein kann sich in der Harnröhre einkeilen. Der Blasentumor kann sich gegen die innere Mündung der Harnröhre legen oder er kann zu einer starken Blutung führen, deren Coagula dem Urin den Ausweg versperren. Selbst ein Nierentumor kann auf diese Weise eine Harnverhaltung verursachen. Als Ursachen der Harnverhaltung erwähnt Verf. schließlich noch die akute Prostatitis und die akute Gonorrhoe. Bei letzterer kommt die Harnverhaltung durch die Hyperämie der Harnröhre zustande, die zu einer Verschwellung des Kanals führt. Ein eigenartiges Hindernis für die Harnentleerung findet sich gelegentlich bei Nervösen. Der Sphincter externus urethrae schließt sich krampfhaft. Dieser Krampf kann so stark sein, daß es zu einer vollständigen Harnverhaltung kommt und man genötigt ist, zu katheterisieren. Diese Fälle darf man nicht mit Strikturen verwechseln! — Die Diagnose der Harnverhaltung biete meist keinerlei Schwierigkeiten. Schwierig kann sie sein bei chronischer Retention, zumal wenn es zur Ischuria paradoxa gekommen ist. Die abtropfenden Harnmengen werden mit normalen Miktionen verwechselt und Arzt und Patient ahnen nicht, daß die Blase bei alledem gefüllt bleibt. Das Einführen eines Katheters klärt sofort den Sachverhalt auf. — Die Entleerung der Blase bei Harnverhaltung gilt für besonders schwierig. Es muß in der Tat zugegeben werden, sagt Verf., daß z. B. der Katheterismus bei Prostatahypertrophie oder die Bougierung einer strikturierten Harnröhre oft erhebliche Schwierigkeiten macht, deren Ueberwindung vom praktischen Arzte nicht immer verlangt werden kann. Aber der allgemeine Praktiker hat ein Mittel an der Hand, das ihm die Entleerung der Blase jederzeit ohne Schwierigkeiten ermöglicht und ganz gleichgültig, auf welche Ursachen die Harnverhaltung zurückzuführen ist. Diese Methode, die Verf. an die Spitze seiner therapeutischen Betrachtungen stellt, ist die kapilläre Blasenpunktion, d. h. die Entleerung der Blase vom Bauche her durch einen eingestoßenen dünnen Troicart (Mittellinie, ein bis zwei Querfinger über der Symphyse). Der Praktiker, der über den erwähnten Troicart nicht verfügt, kommt vollkommen mit einer einfachen Rekordspritze aus. In dieser Art ist die Blasenpunktion vollkommen ungefährlich. Man kann sie nach Bedarf vier-, fünfmal oder öfter wiederholen und inzwischen in Ruhe überlegen, was denn die Ursache der Harnverhaltung im vorliegenden Falle ist und wie man dagegen vorgehen will. Gar nicht selten wird man übrigens sehen, daß der Kranke nach der Blasenpunktion wieder anfängt, spontan Harn zu lassen. Ist einmal die Blase punktiert, so geht auch die Hyperämie der Beckenorgane zurück, die Gewebe schwellen ab und dadurch wird nicht selten die Urinentleerung wieder möglich, oder wenn das nicht der Fall ist, so wird zum mindesten der Katheterismus jetzt leichter. Verf. empfiehlt dringend, die Blasenpunktion überall da anzuwenden, wo man mit einem Katheterismus oder einer Bougierung nicht zum Ziele kommt. Man wird dem Patienten damit nur nützen, denn eine Blasenpunktion ist unendlich gefahrloser als ein gewaltsamer Katheterismus.

Hierauf geht Verf. auf die Besprechung der speziellen Technik der einzelnen Fälle bei der Harnverhaltung des Mannes ein. Dann bespricht er die Harnverhaltung bei der Frau. Unter den Formen, welche die Frau betreffen, ist die häufigste die Harnverhaltung nach Operationen am Uterus oder den Adnexen. Man hat es gelernt, durch prophylaktische Glyzerininjektionen in die Blase diese Harnverhaltung in vielen Fällen

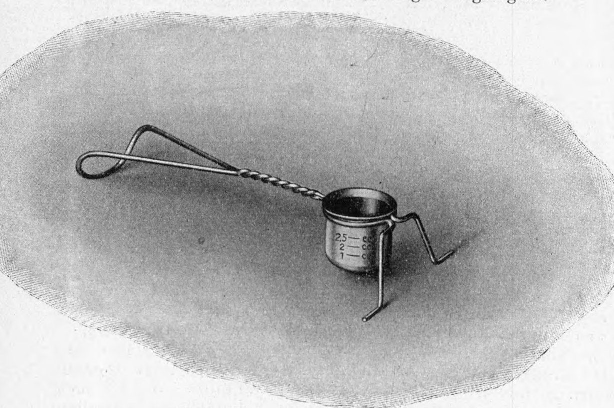
zu verhüten. Tritt sie aber dennoch ein, so kann man durch Argentumspülungen wenigstens einer Infektion vorbeugen. Der praktische Arzt wird mit diesen Fällen kaum zu tun haben. Wichtig für ihn ist dagegen die Harnverhaltung, die durch Retroflexion des graviden Uterus entsteht. Der gravide Uterus drückt auf die Blase, die Blase kann nicht entleert werden, sie läuft über; es tritt also der Zustand der Ischuria paradoxa ein, von dem vorhin beim Manne die Rede war. Es ist diese Ischuria paradoxa in der Gravidität ein ernster Zustand, der schleunige Abhilfe verlangt. Man muß von unten her und ziemlich stark nach oben gerichtet vorsichtig den Katheter einführen. Aber ebensowenig wie beim Prostatiker darf hier die Blase auf einmal entleert werden. Zwar ist eine Urosepsis nicht zu befürchten, wohl aber Blutungen in die Blase hinein, die so stark sein können, daß ihnen die Frauen erliegen. Diese Blutungen sind eine Folge der plötzlichen Druckentlastung, die man durch ganz allmähliches Ablassen des Urins vermeiden muß.

Zum Schlusse bespricht Verf. noch die Harnverhaltung beim Kinde. Blasenlähmung durch Erkrankung des Rückenmarks kommt auch hier vor, ebenso Harnverhaltung durch Blasenstein. Weitaus am häufigsten aber sind die nervösen Harnverhaltungen. Eine Ursache ist bei ihnen nicht immer nachzuweisen. In vielen Fällen sind sie auf Schmerzen bei der Harnentleerung zurückzuführen. Eine Schrunde oder das Abgehen von etwas Harngries genügt dazu. Aus Angst lassen die kleinen Patienten nicht mehr Urin. Gefahren bietet diese Harnverhaltung kaum. Man läßt ein warmes Bad (35 ° C.) für 20 Minuten geben und die Kinder danach sofort ins Bett bringen. Die Kinder schlafen ein und entleeren im Schlafe die Blase. Nur wenn die Harnverhaltung länger als 12 Stunden besteht, muß man eingreifen und die Blase durch Katheter entleeren.

Kr.

Technisches.

Zahnarzt **Mühlhäusler** hat ein außerordentlich praktisches **Hilfsmittel zur Herstellung von 2 proz. Novocain-Suprareninlösung** aus den entsprechenden Tabletten konstruiert. Es handelt sich um ein kleines Lösungsgefäß, welches nicht nur dem Zahnarzt, sondern auch jedem praktischen Arzte in der kleinen Chirurgie äußerst willkommen sein dürfte, da Novocain-Suprareninlösungen bei längerem Aufbewahren in nicht alkalifreien Gläsern oder Ampullen eine Verfärbung erleiden. Da anästhesierende Lösungen, je frischer sie sind, auch um so besser wirken, so ist es zweckmäßig, solche ad hoc aus geeigneten Tabletten vor jeweiligem Gebrauch selbst herzustellen. Verf. vorliegender Arbeit zieht Novocain dem Kokain und seinen Ersatzpräparaten vor und bedient sich speziell der Novocain-Suprarenintabletten E. Zur Auflösung sind Porzellanschälchen zu unhandlich und zu groß, Reagenzgläschen der Form und des alkalischen Glases wegen ungeeignet.



Am besten bewährt sich das von Verf. sinnreich konstruierte, fingerhutartige Lösungstiegelchen aus Silber, das innen vergoldet ist und eine Graduierung für je 1, 2, 2½ ccm trägt. Ein passender Handgriff dient gleichzeitig als Halter und Ständer. Ueber einem Spiritusflämmchen läßt sich vermittelst dieses Instrumentes eine sterile körperwarme Injektionsflüssigkeit in 40 Sekunden bequem herstellen. Die Injektion kostet nur 6 Pfg. Der Musterschutz auf das Novocain-Lösungstiegelchen ist den Höchster Farbwerken übertragen worden, die den kleinen Apparat an Interessenten beim Bezuge von Nococain-Suprarenintabletten gratis bezw. zum Selbstkostenpreise überlassen. (Deutsche Zahnärztliche Wochenschrift, 1911, No. 51.)

H. F.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Januar 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Tagesordnung:

Gegenwärtiger Stand der Lungenchirurgie.

Referenten: Herren A. Fränkel und W. Körte.

Herr **A. Fränkel**: Die Forschritte auf dem Gebiete der Lungenchirurgie beziehen sich einmal darauf, daß es gelungen ist, die Methodik der Eröffnung eiternder Prozesse weiter auszubauen, ferner aber auf Einrichtungen, die es ermöglichen, Erkrankungen der Lungen operativ anzugreifen, die bisher einer operativen Behandlung sich unzugänglich erwiesen haben. Eine wesentliche Unterstützung hat die Diagnostik durch das Röntgenverfahren erhalten.

Was den Lungenabsceß betrifft, so unterscheidet man den akuten und den chronischen, den einseitigen und doppelseitigen. Der akute entsteht entweder metapneumonisch oder durch Embolie oder durch Aspiration. Der akute Absceß hat nicht selten die Tendenz zur Spontanheilung; heilt er indes nicht spontan, so muß er operiert werden. — Die zweifellos besten Erfolge hat die operative Behandlung bei der Gangrän, die ebenfalls in akuter oder chronischer Form verlaufen kann. Eine Spontanheilung gehört hier zu den Seltenheiten. Die Gefahren, welche hier dem Kranken drohen, sind sehr groß und bestehen in septischem Fieber, in dem Hinzukommen entzündlicher Infiltrationen, in Durchbruch in die Pleurahöhle, in dem Auftreten metastatischer Prozesse; außerdem kann die Eiterung durch Aspiration einen größeren Umfang annehmen. Bei akuter Lungengangrän, wenn sie einseitig ist, soll man möglichst operieren. Die größte Erfahrung auf diesem Gebiete hatte Lenhartz, der 120 Fälle operierte; rechnet man die von vornherein aussichtslosen Fälle ab, so bleiben 97 Fälle; von diesen heilten 72. Unter den von Körte operierten 28 Fällen von Lungenabsceß und Lungengangrän wurden 20 geheilt. Die Röntgenuntersuchung, welche bei der Diagnostik wichtige Aufschlüsse bringt, muß auf der Höhe sein; die Durchleuchtungen müssen in verschiedenen Richtungen gemacht werden. Auch Momentaufnahmen müssen angefertigt werden, damit man die Verschiebungen infolge der respiratorischen Bewegungen ausschalten kann. Die chronische Gangrän hat im Gegensatz zur akuten die Eigenschaft, zu ausgedehnten diffusen Infiltrationen zu führen, die sich darstellen unter dem Bilde der gelatinösen Induration (glatte Pneumonie). Bei multiplen Herden muß man durch Punktion die einzelnen Herde zu finden suchen. Forlanini hat einen Fall von Lungengangrän durch künstlichen Pneumothorax zwei Jahre hindurch gehalten. Vortragender möchte aber davor warnen, bei Lungengangrän einen ausgedehnten Gebrauch von diesem Verfahren zu machen.

Ueber die operative Behandlung der fötiden Bronchitis, jener für Patienten und Umgebung gleich qualvollen Affektion, liegen zwar noch wenige Erfahrungen vor; sie sind aber ermutigend. Auch Heilungen durch künstlichen Pneumothorax sind bekannt geworden. Der Erfolg beruht darauf, daß durch die eingetriebene Luft eine Herauspressung des Sekrets bewirkt wird.

Unter den Bronchiektasien kommen für die operative Behandlung nur die spindel- und sackförmigen in Betracht. Es gibt eine subakute Form, die sich auf Grund von Bronchopneumonien entwickelt; solche hat Vortragender mehrfach beobachtet; sie heilt unter Umständen bei vorteilhafter klimatischer Beeinflussung spontan aus. In anderen Fällen dauert der Prozeß an; die Patienten fiebern, werfen reichliches fötides Sputum aus und bekommen noch Infiltrationen in den Lungen hinzu. Hier muß operiert werden. — Die chronische Bronchiektasie hat die Neigung diffus zu werden und wird begleitet von ausgebreiteten Entzündungen, die sehr häufig zur Induration führen. Es ergibt sich ein sklerotisches Oedem zwischen den Bronchien. Zur Behandlung hat man empfohlen die Lungenkollapstherapie, die Pneumotomie und die Rippenresektion. Die erste ist hier in der Form des künstlichen Pneumothorax wegen der vorhandenen Adhäsionen nicht anwendbar; auch die extrapleurale Rippenresektion erweist sich in den meisten Fällen als machtlos; trotzdem wird man dem Drängen der Patienten nach der Operation nicht immer Widerstand leisten können. Dann bleibt oft nichts übrig als der Resektion die Pneumotomie anzuschließen.

Die chronische ulceröse Form der Lungentuberkulose ist intensiv erst in den letzten Jahren in Angriff genommen worden. Im allgemeinen ist die Anlegung eines künstlichen Pneumothorax bei Innehaltung der notwendigen Kautelen ein ungefährliches Verfahren, das auch von den Patienten leicht ertragen wird. Es eignet sich nur für Fälle einseitiger Tuberkulose mit adhäsionsfreien Pleuren und ist daher nur für eine beschränkte Zahl von Kranken bestimmt. Die Punktionsmethode zeichnet sich durch ihre Einfachheit vor der Schnitt-

methode aus. Von Wichtigkeit ist es bei den Einblasungen von Stickstoff, forcierte Druckwirkungen zu vermeiden. Der heilende Einfluß des Pneumothorax bei Lungentuberkulose beruht nicht so sehr darauf, daß die Lunge zum Kollaps gebracht wird, als daß eine Bindegewebsbildung stattfindet, die zur Schrumpfung der Herde führt. Die respiratorische Funktion der noch wegsamen Lungenpartien wird nicht ausgeschaltet, selbst wenn der Pneumothorax jahrelang unterhalten wird; auch große Pleuraverwachsungen scheinen nicht stattzufinden. Dauerheilungen sind beobachtet, wenn auch nur in beschränkter Zahl. Die Besserung äußert sich darin, daß der Auswurf abnimmt und der Allgemeinzustand sich hebt. Wenn die andere Lunge erkrankt ist, macht sich auch eine Besserung dieser Lunge bemerkbar; wahrscheinlich infolge stärkerer Durchblutung der anderen Seite. Bei ausgebreiteter einseitiger Tuberkulose mit Adhäsionen ist das Pneumothoraxverfahren nicht anwendbar. Die einzige Möglichkeit, dem Patienten Rettung zu bringen, ist hier die ausgiebige extrapleurale Thorakoplastik (Resektion der Rippen). Sie ist sehr eingreifend, weil man durch Wegnahme eines großen Teils der knöchernen Thoraxwand das Mediastinum seiner Stütze beraubt; unmittelbar nach der Operation sieht man daher nicht selten Erscheinungen von Erstickung auftreten. Trotzdem ferner auch die Gefahr der Aspirationspneumonie nahe liegt, sind die erzielten Resultate erstaunlich gut. So hat Friedrich von 27 nur 8 verloren; 14 Patienten sind 4 Jahre nach der Operation noch am Leben und befinden sich in einem besseren Zustande als vorher. Die Besserung dokumentiert sich in der Verminderung des Auswurfs, im Zurückgehen des Fiebers und in der Hebung des Allgemeinbefindens. — Das Verdienst von Freund ist es, als erster darauf hingewiesen zu haben, daß die Rippenresektion, bei bestimmten Zuständen vorgenommen, zuweilen eine Verbesserung der respiratorischen Tätigkeit der Lungen herbeizuführen vermag. Zwei Erkrankungsformen kommen für den Eingriff in Frage: die Stenose der oberen Thoraxapertur bei initialer Tuberkulose und die Starre des dilatierten Thorax (bei Emphysem). Die inneren Mediziner haben sich mit Recht für die Durchtrennung des ersten Rippenknorpels bei Tuberkulose nicht erwärmen können, von der Ueberzeugung ausgehend, daß neben der lokalen die allgemeine Disposition bei der Tuberkulose eine große Rolle spielt. Mehr Berücksichtigung hat der zweite Vorschlag Freunds betreffend die chirurgische Behandlung gewisser Fälle von Lungenemphysem gefunden: Es gibt zwei Formen von Emphysem. Bei der einen handelt es sich um einen angeborenen Entwicklungsdefekt der elastischen Fasern, die zur Starre des Rippenringes führt; bei der anderen kommt es durch Ausdehnung des Thorax zur Zerreißung der elastischen normalen Fasern und zur Ausbildung des starren Thorax. Bei der letzten Form sind die Erfolge der Freundschen Operation nicht von Dauer. Es müssen noch weitere Erfahrungen abgewartet werden, bis man ein endgültiges Urteil über den Wert der Freundschen Operation fällen kann.

(Schluß folgt.) Britzmann.

IV. Bücherschau.

Die ökonomische kassenärztliche Rezeptur. Von M. U. Dr. **Ludwig Lazansky**, Chefarzt der Skodawerke-Aktiengesellschaft in Pilsen und Obmann-Stellvertreter der Betriebskrankenkasse. Wien und Leipzig 1912, Franz Deuticke. 97 S., 2,50 M. = 3 Kr.

Das vorliegende Buch verfolgt den Zweck, den kassenärztlich tätigen Aerzten als Anleitung zur ökonomischen Rezeptverordnung zu dienen. Dabei hat der Verfasser ausschließlich die in Oesterreich geltenden gesetzlichen Bestimmungen und amtlichen Verordnungen, speziell die österreichische Pharmakopoe, zu Grunde gelegt, so daß das Buch nur für österreichische Aerzte benutzbar ist. Bei uns in Deutschland fehlt es ja nicht an ähnlichen Anleitungen für Kassen- und Armenärzte. Das Buch ist sehr gründlich bearbeitet und kann allen unseren österreichischen Kollegen, soweit sie Kassenpraxis treiben, durchaus empfohlen werden. R. L.

Taschenbuch für Aerzte in Sanatorien und sonstigen physikalisch-diätetischen Heilanstalten. Von Dr. **Erick Kühnelt**, Chefarzt des Kurhauses „Altvater" (Freiwaldau). Wien und Leipzig 1911, Wilhelm Braumüller. 260 Seiten.

Ein sehr reichhaltiges und sorgfältig bearbeitetes Taschenbuch, welches weit mehr enthält, als sein Titel besagt. Es enthält nicht nur wertvolle Winke für Aerzte, welche sich mit der Absicht, eine Heilanstalt einzurichten, tragen, sondern gibt eine ziemlich vollständige Zusammenstellung der physikalisch-diätetischen Therapie aller in Betracht kommenden Krankheiten, wobei Verf. sich an die Referate der bewährtesten Autoren auf dem betreffenden Gebiete anschließt. Weiterhin folgen Angaben über die Technik der Mastkuren, Entfettungskuren etc. Daran schließt sich eine kurze Zusammenstellung der gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden des Harns, Blutes, Sputums etc., eine Maximaldosentabelle, eine Zusammenstellung des Durchschnittsgewichtes des Menschen in den verschiedenen Altern etc. — Das ganze Buch unterscheidet sich auch nach der Art und Weise der Darstellung sehr vorteilhaft von manchen anderen ähnlichen Zwecken gewidmeten. Aus diesen Gründen seien besonders Aerzte, welche als Chefs an Sanatorien wirken oder die Absicht haben, Sanatorien einzurichten, angelegentlichst auf das vortreffliche Werk aufmerksam gemacht. H. L.

V. Joseph Lister.

(1827—1912.)

Lord Joseph Lister ist am 11. Februar d. J. dahingeschieden und damit wieder einer der Großen von der Weltbühne abgetreten, deren schöpferischer Geist die gegenwärtige Epoche der wissenschaftlichen Medizin, eine Aera früher nicht geschauter Blüte, heraufgeführt hat. Wenn sich der Chronist in der Würdigung des Verstorbenen kurz fassen darf, so liegt dies daran, daß Listers Leistung in ihrer monumentalen Bedeutung seinem Namen schon seit Jahrzehnten einen unbestrittenen Platz in dem Geschichtsbuche der Medizin angewiesen hat und daß in einer für Aerzte bestimmten Zeitung füglich auf die Wiederholung unzählige Male berichteter, in die medizinische Elementarlehre übergegangener Dinge verzichtet werden kann. Wir wollen daher hier nur die äußeren Daten von Joseph Listers Leben in aller Kürze vorführen.

Joseph Lister wurde am 5. April 1827 in Upton Essex bei London als Sprößling einer Quäkerfamilie geboren. Sein Vater Joseph Jackson Lister (1786—1869), seinem Beruf nach Weinhändler, hatte sich in seinen Mußestunden mit optischen Studien beschäftigt und sich durch Arbeiten über die Theorie des Mikroskops derartige Anerkennung erworben, daß er zum Mitglied der Royal Society of Sciences in London gewählt wurde. Joseph Lister junior widmete sich dem medizinischen Studium, wurde 1852 in London zum Bachelor of Medicine graduiert und trat in demselben Jahre als Assistent in das University College Hospital in London ein. Zwei Jahre später wurde er Arzt am Infirmary in Edinburgh unter dem Chirurgen Syme, dessen Schwiegersohn er kurz darauf wurde. Damals erschien sein erstes großes Werk „Lectures of clinical surgery", in dem er den Inhalt der Vorlesungen seines Schwiegervaters reproduzierte. Um jene Zeit trieb Lister neben der allgemeinen Chirurgie noch besonders Studien auf dem Gebiete der Augenheilkunde. 1856 zum Assistent Surgeon am Royal Infirmary zu Edinburgh ernannt, begann er gleichzeitig private und Universitätsvorlesungen über Chirurgie zu halten und publizierte in rascher Folge eine Reihe von Arbeiten aus den Gebieten der Histologie und allgemeinen Pathologie. Durch alle diese Leistungen hatte der junge Gelehrte rasch die Augen seiner Fachgenossen auf sich gelenkt, so daß er bereits 1860 als Professor der Chirurgie nach Glasgow berufen wurde. In dieser Stellung begründete Lister, auf den Versuchen Pasteurs fußend, alsbald seinen Weltruhm durch die in den folgenden Jahren allmählich ausgearbeitete und erprobte Erfindung der antiseptischen Wundbehandlung, die zuerst 1867 im „Lancet" unter dem Titel „On a new method of treating compound fractures, abscess etc. with observations on the conditions of suppuration" veröffentlicht wurde.

Der Siegeszug, in dem die von Lister angegebene Technik nach kurzem anfänglichen Widerspruch schnell die ganze Kulturwelt eroberte, ist bekannt, ebenso, daß die Antiseptik nur ein Durchgangsstadium war, das vor etwa zwei Jahrzehnten endgültig der Aseptik weichen mußte, ohne daß darum das Forscherverdienst Listers irgend etwas an seiner Bedeutung eingebüßt hat. Lister selbst, auf den übrigens auch die Erfindung der Katgutligatur (1869) zurückgeht, hat noch eine Reihe weiterer Arbeiten (bis 1890) über seine Methode veröffentlicht. Bereits 1869 war er als Nachfolger Symes als klinischer Professor der Chirurgie nach Edinburgh übergesiedelt und schließlich kehrte er 1877 als leitender Chirurg des Kings College an seine wissenschaftliche Ausgangsstätte London zurück, wo er bis 1892 die Lehrtätigkeit ausübte. Seitdem lebte er, reich mit Ehren bedacht, im Ruhestande; nur als Mitglied des Oberhauses trat der 1883 zum Baronet, 1897 zum Baron Ernannte als Verteidiger der medizinischen Wissenschaft gelegentlich noch hervor, wie z. B. 1898 bei der Vaccinationsdebatte. Seit 1896 war Lister Präsident der Royal Society; zahlreiche Fakultäten hatten ihn zum Ehrendoktor, viele gelehrte Gesellschaften zum Ehrenmitglied ernannt.

Mit Listers Hinscheiden hat ein erfolgreiches, in der Harmonie seiner inneren und äußeren Gestaltung vorbildliches Leben seinen Abschluß gefunden.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Durch Ministerialerlaß vom 30. Januar werden sämtliche preußischen Regierungs- und Medizinalräte zu einer am 27. April im Ministerium des Innern stattfindenden Konferenz einberufen. Es soll über eine etwaige Neuregelung der **Bestimmungen über das praktische Jahr** beraten werden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Im 46. Lebensjahre starb hierselbst der Arzt Dr. Sigismund Rahmer, der sich als Literaturforscher einen Namen gemacht hat (Studien über Heine, Strindberg, Lenau und besonders über Heinrich v. Kleist).

— Im Gegensatz zu der in der vorigen Nummer wiedergegebenen ersten Meldung wird jetzt bekannt. daß Prof. A. Cramer in Göttingen die Berufung als Nachfolger Ziehens abgelehnt hat. Nunmehr sind Verhandlungen mit Prof. Bonhoeffer in Breslau im Gange.

— Den Professortitel erhalten hat die bekannte Bakterienforscherin Frau Dr. Lydia Rabinowitsch-Kempner, die, nachdem sie 1894 in Bern mit einer botanischen Studie den philosophischen Doktorgrad erworben hatte, sich unter R. Koch der bakteriologischen Forschung zuwandte, der sie seitdem treu geblieben ist. Seit einer Reihe von Jahren ist sie jetzt ständige Mitarbeiterin an der bakteriologischen Abteilung des von Geheimrat Orth geleiteten Pathologischen Universitätsinstituts.

— Der Assistent an der 2. medizinischen Universitätsklinik Dr. K. Reicher ist zum dirigierenden Kurarzt von Bad Mergentheim gewählt worden.

— Zum Vorsteher der bakteriologischen Abteilung des Pathologischen Instituts der Berliner Universität, das von Geh. Rat Orth geleitet wird, ist der bisherige Assistent Privatdozent Prof. Dr. J. Morgenroth ernannt worden.

— Die Ernennung Prof. Emil Krückmanns (bisher in Königsberg) zum ordentlichen Professor der hiesigen medizinischen Fakultät ist jetzt amtlich publiziert und damit der durch den Tod v. Michels verwaiste Lehrstuhl der Augenheilkunde endlich wieder besetzt.

Königsberg i. Pr. Kurz vor Vollendung des 70. Lebensjahres starb hierselbst der seit 1894 im Ruhestande lebende frühere Extraordinarius der Physiologie Geh. Med.-Rat Prof. Dr. William Alfred Grünhagen. Er hatte sich 1868 in Königsberg als Privatdozent habilitiert und war 1872 zum außerordentlichen Professor der medizinischen Physik und Direktor des medizinisch-physikalischen Kabinetts ernannt worden, eine Stellung, die er bis zu seinem Rücktritt bekleidete. Von seinen Schriften sind zu erwähnen die Monographie „Elektromotorische Wirkungen lebender Gewebe" (Berlin 1873) und das „Lehrbuch der Physiologie" (Neubearbeitung des Werkes von R. Wagner und O. Funke, 2 Auflagen, 1876/80 u. 1884).

Kiel. Dr. Walter Birk hat sich für Kinderheilkunde habilitiert.

Göttingen. Der Abteilungsvorsteher am Anatomischen Universitätsinstitut Privatdozent Dr. Max Voit ist zum außerordentlichen Professor befördert worden.

Bonn. In der vorigen Woche starb im 60. Lebensjahre der seit kurzem emeritierte frühere Professor der Hygiene an der hiesigen Universität Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Dittmar Finkler. 1875 approbiert, war er früher eine Reihe von Jahren auf dem Gebiete der praktischen Medizin tätig. Zu seinem späteren Uebertritt zur Hygiene befähigte ihn die Tatsache, daß er vier Jahre, von 1875 bis 1879, Assistent des berühmten Physiologen Pflueger gewesen war, während welcher Zeit er sich 1877 als Privatdozent für Physiologie habilitiert hatte. Seinen Uebertritt zur praktischen Medizin vollzog er durch seinen Eintritt in die medizinische Universitätsklinik als Assistent von Rühle. 1881 wurde Finkler zum außerordentlichen Professor mit dem Lehrauftrag für medizinische Propädeutik ernannt; von 1888 bis 1893 leitete er die medizinische Universitätspoliklinik. Schon vorher, 1886, war ihm die Leitung der inneren Abteilung des Friedrich-Wilhelm-Hospitals übertragen worden. 1893 wurde er auf ein Jahr beurlaubt, um im Auftrage des Kultusministers als Generalkommissar die deutschen Universitäten auf der Weltausstellung in Chicago zu vertreten. Ende 1893 nach Bonn zurückgekehrt, übernahm er nach Finkelnburgs Rücktritt das Lehrfach der Hygiene mit der Aufgabe der Einrichtung des in Bonn noch nicht vorhandenen Hygienischen Universitätsinstituts. Nach Erledigung dieser Aufgabe wurde Finkler 1895 zum ordentlichen Professor der Hygiene ernannt, eine Stellung, in der er bis vor wenigen Monaten verblieb. Wie schon aus vorstehender Lebensskizze hervorgeht, war Finklers Wirken durch eine gewisse Vielseitigkeit ausgezeichnet; er bearbeitete mit Erfolg Probleme der Physiologie, Pathologie, klinischen Medizin, der Ernährungslehre und Bakteriologie. Besonders bekannt geworden ist er durch die 1884 zusammen mit Prior gemachte Entdeckung eines Kommabacillus als Erregers der Cholera nostras und die 1898 erfolgte Publikation seiner Methode, aus billigem Rohmaterial den Eiweißstoff Tropon zu gewinnen, der seitdem vielfach Verwendung für die Zwecke der Krankenernährung gefunden hat.

Düsseldorf. Der Assistent der medizinischen Universitätsklinik und Kinderklinik Dr. Leonhard Schüller in Würzburg ist zum Oberarzt des hiesigen städtischen Krankenhauses ernannt worden.

Cöln. Der Privatdozent der Physiologie Prof. Dr. Martin Gildemeister in Straßburg i. E. ist als Nachfolger von Prof. Cremer zum Direktor des Physiologischen Instituts der hiesigen Akademie für praktische Medizin berufen worden. (Nach einer anderen Meldung hat Privatdozent Dr. Seemann [Königsberg] den Ruf erhalten.)

Frankfurt a. M. Dem amerikanischen Gelehrten Dr. L. H. Marks, der vor einiger Zeit zum Mitglied des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M. ernannt wurde, ist von einem amerikanischen Komitee ½ Million Mark zur Verfügung gestellt worden, mit deren Hilfe er seine Forschungen in Deutschland fortsetzen soll.

Hamburg. Im Alter von 80 Jahren starb hierselbst Prof. Dr. Reye, der frühere langjährige Leiter der staatlichen Irrenanstalt Friedrichsberg.

Leipzig. Vor einigen Jahren wurde zum Andenken an den verstorbenen hervorragenden Nervenarzt und Gelehrten Dr. P. J. Möbius in Leipzig von Freunden desselben eine **Stiftung** zur Prämiierung wissenschaftlicher Leistungen auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie begründet. In diesen Tagen hat nun zum ersten Male eine Preisverteilung stattgefunden. Es wurde dem Prof. Dr. A. Alzheimer und dem Oberarzt Dr. E. Reiss in Frankfurt a. M. je ein Preis zuerkannt.

Dresden. Als Nachfolger des Herrn Geh. Sanitätsrat Dr. Klemm ist Dr. Baron zum Oberarzt der inneren Abteilung des Maria-Anna-Kinderhospitals gewählt worden, während zur Leitung der chirurgischen Abteilung Dr. Grunert berufen wurde. Die Oberleitung des Hospitals verbleibt Herrn Geh. Sanitätsrat Klemm.

Tübingen. Dr. M. Otten und Dr. E. Veiel haben sich für innere Medizin habilitiert.

Wien. Im Alter von 76 Jahren starb hierselbst der außerordentliche Professor der inneren Medizin Dr. Emil Stoffella, Ritter d'alta Rupe. Aus der Schule v. Oppolzers, dessen Vorlesungen er herausgab, hervorgegangen, gehörte er dem Lehrkörper der Wiener Universität seit 1862 an. 1878 wurde er Titularprofessor, 1879 Abteilungsvorsteher an der Allgemeinen Poliklinik und 1882 Professor extraordinarius. Publizistisch ist er mit einer großen Zahl von Einzelaufsätzen hervorgetreten.

Prag. Dr. Christian Hynek hat sich für innere Medizin an der tschechischen Universität habilitiert.

Lemberg. Dem außerordentlichen Professor der vergleichenden Anatomie Dr. Kasimir Knietniewski ist der Titel und Rang eines ordentlichen Universitätsprofessors verliehen worden.

Basel. Dr. Max Iselin, Leiter der chirurgischen Universitäts-Poliklinik, hat sich für Chirurgie habilitiert.

Zürich. Der Privatdozent der orthopädischen Chirurgie Dr. Wilhelm Schulthess ist zum außerordentlichen Professor ernannt worden.

Pavia. Der Professor der allgemeinen Pathologie und Histologie an der hiesigen Universität Camillo Golgi, bekanntlich Inhaber eines Nobelpreises, ist zum korrespondierenden Mitglied der Berliner Akademie der Wissenschaften gewählt worden.

Bergen (Norwegen). In der vorigen Woche starb hierselbst der hervorragende Lepraforscher Dr. Armauer Hansen. 1841 in Bergen geboren, wurde er nach Beendigung seiner medizinischen Studien 1869 Arzt an dem für Lepröse bestimmten Lungegaardhospital seiner Vaterstadt. In den Jahren 1870 und 1871 bildete er sich in Bonn und Wien in der Dermatologie und mikroskopischen Anatomie weiter. 1875 rückte er zum Direktor des Lungegaardhospitals auf. 1881 entdeckte A. Hansen den Leprabacillus und begründete damit die heute gültige Anschauung von der infektiösen Natur der Lepra, wodurch auch die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung wesentlich beeinflußt wurden. Mit auf Hansens Veranlassung wurde 1897 die erste internationale Leprakonferenz nach Berlin einberufen, der sich vor zwei Jahren in Bergen eine zweite anschloß.

Chicago. Der Professor der physiologischen Chemie Dr. Waldemar Koch, ein Neffe Robert Kochs ist gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Die **Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** hielt am 9. Februar eine Versammlung ab, die sich insofern zu einer bedeutsamen Kundgebung gestaltete, als zum ersten Male die Direktoren und Lehrer unserer höheren Schulen aus ihrer Reserve heraustraten und durch rege Teilnahme an der Diskussion ihr Interesse für die Erörterung der Frage bewiesen, inwieweit die Schule und das Elternhaus die sexuelle Erziehung übernehmen sollen. Sanitätsrat Dr. Heidenhain (Steglitz) legte die zwingende Notwendigkeit einer solchen Belehrung dar. Jedenfalls müsse die Belehrung unter starker Betonung der ethischen Seite allen zuteil werden. Daß das Elternhaus in dieser Sache zu wenig tue, sei darauf zurückzuführen, daß viele Eltern selbst unwissend seien und namentlich nicht genügendes pädagogisches Geschick zur Bewältigung dieser Aufgabe besäßen. Die Diskussion, an der berufene Vertreter unserer höheren Lehranstalten teilnahmen, gestaltete sich sehr lebhaft. Es wurde von verschiedenen Seiten betont, daß man der Jugend das Ideal der Keuschheit immer wieder als Ziel hinstellen müsse. Solange das Elternhaus nicht eine Aufklärung übernimmt, habe die Schule die Pflicht, helfend einzugreifen. Unter den zahlreichen Gesichtspunkten, die entwickelt wurden, sei besonders die Forderung hervorgehoben, daß der Schulunterricht eine biologische Grundlage schaffen und so den Boden für die notwendige Belehrung vorbereiten müsse, die dann sicherlich ein starker Schutz werde. Es gelangte zum Schluß folgende Resolution einstimmig zur Annahme: „Die von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten einberufene Versammlung erkennt die Notwendigkeit einer Reform der sexuellen Jugenderziehung an; als nächste Aufgabe betrachtet sie die Einführung der schon in vielen deutschen Städten regelmäßig und mit bestem Erfolg gehaltenen Abiturientenvorträge, bei denen sowohl der hygienische als auch der sittliche Gesichtspunkt zu betonen ist, und hofft, daß seitens der staatlichen und städtischen Unterrichtsverwaltungen die erforderlichen Mittel hierzu zur Verfügung gestellt werden. („Voss Ztg.")

— Die Hauptversammlung des **Preußischen Medizinalbeamten-Vereins** findet am 26. April in Berlin statt. Tagesordnung: 1. Entwurf des Wassergesetzes: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Salomon (Charlottenburg). — 2. Methylalkoholvergiftung: Dr. Bürger (Berlin). — 3. Der ärztliche Sachverständige auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der neuen Reichsversicherungsordnung: Landes-Med.-Rat Dr. Knepper (Düsseldorf). — 4. Schulkinderuntersuchungen auf dem Lande: Kreisarzt Dr. Dohrn (Hannover).

Rom. Am 4. d. M. ist hierselbst mit einer Festrede Guido Baccellis die **Internationale Ausstellung für soziale Hygiene** eröffnet worden.

Verschiedenes.

Berlin. Die Witwe des vor einigen Jahren verstorbenen berühmten Psychiaters und Neurologen Eduard Hitzig in Halle a. S., Frau Etta Hitzig geb. Ranke in Marburg, hat der preußischen Akademie der Wissenschaften ein Kapital von 85 000 M. zur Begründung einer **Eduard Hitzig-Stiftung** übereignet, aus der zur Erinnerung an die Forschungen Eduard Hitzigs wissenschaftliche Arbeiten aus dem Gebiete der Funktionsforschung des Gehirns belohnt werden sollen.

— Aus der **Adolf Salomonsohn-Stiftung** sind zur Förderung wichtiger Arbeiten auf dem Gebiete der Naturwissenschaften einschließlich der Biologie und Medizin durch hervorragende tüchtige Kräfte, denen für die längere Dauer der Forschung genügende Mittel nicht zur Verfügung stehen, bis zu 2250 M. verfügbar. Bewerbungen sind bis zum 1. März schriftlich an Ministerialdirektor Dr. Schmidt in Berlin, Wilhelmstraße 68, zu richten.

— Der vor kurzem zusammengetretene **Reichstag** weist unter seinen 397 Abgeordneten folgende sechs Aerzte auf: Struve (fortschrittl. Volkspartei), Sanitätsrat Dr. Ricklin (Elsässer), Dr. Schatz in Saargemünd (Zentrum), Dr. v. Niegolewski und Dr. v. Chlapowski (Polen), Dr. Becker in Sprendlingen (vorläufig keiner Partei angehörig).

— Das **Trunksuchtsmittel „Alcola"**, vor dem bereits früher öffentlich gewarnt wurde, kommt jetzt unter dem Namen: „Trunksuchtsmittel der Frau Anderson in Hillburn N. Y." in den Handel, worauf behördlicherseits unter Wiederholung der Warnung aufmerksam gemacht wird.

Jena. Die **städtische Frauenschule** in Jena veranstaltet einjährige Sonderkurse mit der Aufgabe, Frauen auszubilden zu dem Beruf von geschulten Gehilfinenn für wissenschaftliche Institute und Laboratorien. Als Vorbildung wird verlangt die Absolvierung einer zehnklassigen höheren Mädchenschule bezw. der früher ihnen gleichstehenden Lehranstalten. Der Unterricht gliedert sich in einen theoretischen und einen praktischen Lehrgang. Der praktische Unterricht umfaßt: Ausbildung in allgemeiner und medizinischer Chemie, in Mikroskopie, Photographie, Röntgenphotographie, Radiumuntersuchungen, Bakteriologie nebst den hygienischen Untersuchungsmethoden. Dieser letztere Unterricht findet im hygienischen Institut statt, die übrige praktische Ausbildung im pharmakologischen Institut der Universität. Die Leitung liegt in den Händen der Herren Proff. Gärtner und Kionka. Ein Ersatz der akademisch ausgebildeten, wissenschaftlichen Assistenten durch weibliche Kräfte wird durch die Einrichtung natürlich nicht beabsichtigt. Das Honorar für den Kursus beträgt 600 M. (ohne den bakteriologischen Unterricht nur 500 M.). Nähere Auskunft erteilen die genannten Herren.

Mörs. Der bekannte „**Lehmpastor**" Felke in Repelen bei Mörs hat sein geistliches Amt niedergelegt.

Wiesbaden. Die Stadt hat durch die Radiogen-Gesellschaft in Charlottenburg ein **Quell-Emanatorium** in der Wandelhalle des Kochbrunnens errichten lassen.

VII. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen von Medizinalbeamten.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamt in Münster i. W. (Remuneration 2000 M. jährlich.) (Veröffentlicht am 14. Februar.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Direktor Dr. Knörr in Teupitz, Marine-Oberstabsarzt Dr. Krabbe, Geh.-San.-Rat Dr. Kroner in Berlin, Oberstabsarzt Dr. Lambert, San.-Rat Dr. Lette-Juhl in Hannover, Marine-Oberstabsarzt Dr. Mediger, San.-Rat Dr. Meller in Crefeld, Oberstabsarzt Dr. Metz, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Mühlenbach in Wohlau, Oberstabsarzt Dr Noack, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Nünninghof in Bielefeld, Oberstabsarzt Dr. Oelze, Oberstabsarzt Dr. v. Pezold, Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Picht in Nienburg, San.-Rat Dr. Rehm in Rauschenberg, Oberstabsarzt Dr Remmert, Oberstabsarzt Dr. Rössel, Geh. San.-Rat Dr. Ruckert in Lilienthal, Geh. San.-Rat Dr. Schlötke in Berlin, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Schneider in Gelsenkirchen, Oberstabsarzt Dr. Seige, Oberstabsarzt Dr. Stahn, Oberstabsarzt Dr. Stuckert San. Rat Dr. Stumpf in Zeitz, Marine-Oberstabsarzt Dr. Tacke, Oberstabsarzt Dr. Trapp, Marine-Oberstabsarzt Dr. zur Verth, Oberstabsarzt Dr. Weber, Oberstabsarzt Dr. Wegner, Geh. San.-Rat Dr. Weiss in Metz, Oberstabsarzt Dr. Wiedemann, Oberstabsarzt Dr. Winkels, Stabs arzt Dr. Hintze in Berlin.

Königl. Kronen-Orden 2. Kl. mit Stern: Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Gaffky in Berlin.

Königl. Kronen-Orden 2. Kl.: Generalarzt Dr. Hünermann, Generalarzt Dr. Keitel in Berlin, Generalarzt Dr. Korsch, Generalarzt Dr. Paalzow in Berlin.

Königl. Kronen-Orden 3 Kl.: Generaloberarzt Dr. Lösener, Marine-Generaloberarzt Dr. Martin in Kiel, Oberstabsarzt Dr. Rahn in Berlin, Geh. Med.-Rat Dr. Ruge in Berlin, Geh. San.-Rat Dr. Stratmann in Wald, Generaloberarzt Dr. Varenhorst, Generaloberarzt Dr. Weber.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. E. Bickel in Wiesbaden, Dr. L Brandes in Hildesheim, Dr. F. Brüning in Buer, Dr. L. Dercken in Haus Kannen, Prof. Dr. K. Froehlich in Charlottenburg, Dr. E. Grünbaum in Storkow, Dr. M. Guttmann in Berlin, Dr. L. Heinrich in Tegel, Dr. F. Hild in Haiger, Dr. J. Koch in Hildesheim, Dr. A. Löwenthal in Königsberg i. Pr., Dr. K. Pacully in Ratibor, Dr. E. Pappenheim in Deutsch-Wilmersdorf. Dr. St. Rosinki in Wronke, Dr. W. Schmitz in Münster i. W., Dr. E. Schumann in Zeitz, Dr. M. Stadthagen in Berlin

Ernannt: Stabsarzt Dr Haendel zum Reg.-Rat und Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamtes.

Verzogen: Dr. Mack von Goddelau nach Waldbröl, Aerztin Dr. J. Hartung von München nach Cöln, Dr. Möhlmann von Flamersheim nach Fürstenau, Dr. Engelbrecht von Oberdollendorf nach Godesberg.

Bayern.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. Rohmer von Bergzabern nach Lindau.

Ernannt: prakt. Arzt Dr. Schreiner in Simbach a. I. zum Bezirksarzt in Wertingen.

Niedergelassen: Dr. Glotzbach in Estenfeld, Bez.-Amt Würzburg, Dr. Grünspecht in Nürnberg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 18, Tauentzienstraße 7a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang | Berlin, 2. März 1912 | No. 9

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

81. Jahrgang **Berlin, 2. März 1912** **No. 9**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Wie erleichtern wir am zweckmässigsten auf physiologischer Grundlage die Zahnung des Säuglings?

Von

Dr. **Jul. Baedeker**, Kinderarzt in Berlin.

Vor einigen Jahren noch stand man in der Pädiatrie auf dem Standpunkt, daß die Natur den Augenblick, wo man mit etwas festerer Nahrung zu beginnen habe, in die letzten Monate des ersten Lebensjahres verweise. Dann erst seien ja genügend Zähnchen vorhanden, um weiche Nahrungsmittel, wie Zwieback, Kartoffelbrei, Milchgries, Gemüse, vor dem Herunterschlucken ein wenig zu bearbeiten.

Beobachtet man Kinder unter einem Jahre, bei denen es ja in den letzten Jahren üblich wurde, schon nach den ersten 5 Monaten die genannten konsistenteren Nahrungsformen zu reichen, bei der mechanischen Bearbeitung derselben, so wird einem folgender Unterschied auffallen: Zwieback und Biskuite zerreiben die Kleinchen stets auffallend lange Zeit zwischen den Zähnchen, ja dies Zerreiben scheint ihnen gerade als das Erfreulichste an dieser Nahrung vorzuschweben! Im Gegensatz dazu bemerken wir, wie die Kinder der mechanischen Verarbeitung anderer Speisen, wie Kartoffel, Gemüse, Fleisch, bei weitem nicht die Zeit widmen, und auch nicht so die offensichtliche Freude daran kundgeben, als es bei zwiebackartigen Nahrungsmitteln der Fall ist. Wenn wir auf der andern Seite solche Kinderchen beobachten, welche überhaupt noch keine Zähnchen besitzen, sondern nur recht harte Kiefer, unter deren Schleimhaut aber schon die Zähnchen durchzufühlen sind, so muß es uns zu der Frage veranlassen: „Ist denn das heftige Verlangen solcher Säuglinge des 3.—6. Lebensmonates, härtere Gegenstände zwischen den Zähnchen zu verreiben, kein physiologisches Bedürfnis nach konsistenteren Nahrungsmitteln?“ Doch zweifellos! Wie oft geht der normale Vorgang der Zahnung auch bei nicht rachitischen Kindern unter abnormen Erscheinungen vor sich! Gewiß, die Kinder fiebern nicht *wegen der Zähne*! Aber kein beobachtender Arzt kann es bestreiten, wie *zahnende Kinder* Erkrankungen der oberen Luftwege sowie Magenerkrankungen *mehr als andere* ausgesetzt sind. Man erlebt dann fast stets, daß die betr. Krankheit anfangs äußerst hartnäckig ist, von dem Tage an aber wie mit einem Schlage außerordentlich schnell heilt, an dem die Spitze eines Zahnes durchgebrochen ist! Darf da ein denkender Arzt den Zusammenhang leugnen? Ich finde meistens in diesen Fällen vereinigt: langandauernder Zahndurchbruch und in Verbindung damit sehr heftige Zahnschmerzen, welche das Kind Tag und Nacht nicht zu Ruhe kommen lassen; dann besteht außerdem sehr deutlich eine starke Hyperämie der Zahnschleimhaut, nicht nur der des durchbrechenden Zahnes, sondern auch der benachbarten Zähne und in Verbindung mit dieser Hyperämie starke *Anschwellung* der betr. Schleimhautpartie des Zahnfleisches.

Man kann nun in der Mehrzahl solcher Fälle gut verfolgen, wie entweder die Schwellung oder die Rötung, oder auch beide, vom Zahnfleisch aus sich auf die übrige Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle ausbreiten. Günstigere Bedingungen für einen Rachenkatarrh oder eine Mandelentzündung kann es nicht geben, und daß gleichfalls so die Grundlage für eine Gastroenteritis resp. Bronchitis vorliegt, wird niemand ernstlich bestreiten wollen. Jede *ausgedehntere* Hyperämie des Zahnfleisches also werden wir als pathologisch anzusehen haben und müssen voraussetzen, daß der Organismus dagegen sich schützt, um dieselbe zu verhüten. Von diesem Standpunkte aus muß man das Bestreben des Kindes, zwischen seinen Zähnchen allerlei zu zerrieben, als ein Instinkt betrachten, der darauf hinzielt, gegen den von der Tiefe her einen Druck bewirkenden Zahn einen Gegendruck auszuüben. Hierdurch wird (vorausgesetzt, daß der Instinkt ein Material zur Aeußerung bekommt) ein früheres Durchschneiden der Zahnspitze, und damit Aufhören von Spannung und Hyperämie bewirkt. Nun ist es eigentlich durchaus unnatürlich, den Kindern,

bei denen der erwähnte Instinkt sich äußert, künstliche Gegenstände, z. B. Veilchenwurzel oder Beißringe, zu geben. Wo die Natur ein Instinkt hinsetzt, da zeigt sie auch jedesmal eine natürliche Befriedigung desselben.

Nun lebt freilich der Mensch unseres Klimas nicht unter natürlichen Bedingungen. Deshalb sind unserem Klima auch natürliche Dinge, d. h. Nahrungsmittel, f r e m d , die das zahnende Kind zur Erleichterung der Zahnung ohne Schädigung seiner Verdauungsorgane in den Mund nimmt, dort zwischen den Gaumen zerreibt, solange etwas daran zu zerreiben ist, dann aber selbstverständlich schließlich auch herunterschluckt. In der Heimat des Menschen, im Süden, so müssen wir voraussetzen, gab und gibt auch heute noch die Natur selbst das Material, welches einerseits vom Kinde persönlich zerkleinert wird, um den Durchbruch des Zahnes zu erleichtern, andererseits aber auch dem kindlichen Magen ein zuträgliches Ernährungsmittel bedeutet! Wir in unserem Klima müssen daher der Natur wie so oft, so auch hier nachhelfen. Trotzdem ist es entschieden mehr im Sinne der naturgemäßen Verhältnisse, wenn wir auf künstlichem Wege da ein zweckmäßiges Nahrungsmittel geben als die bisher üblichen obengenannten Beißringe, Veilchenwurzeln etc.

Gemüse oder Obstbrei sind zu weichlich, um den kindlichen Gaumen einen Widerstand zu gewähren. Die üblichen Kinderzwiebacke sind gerade für die Verdauungsorgane von noch zahnlosen Säuglingen bei längerer Darreichung, und auf die kommt es doch hier an, nicht leicht genug zu resorbieren.

Nur der O p e l sche N ä h r z w i e b a c k ist auch bei Säuglingen der ersten Lebensmonate durch seine Zubereitungsart als leicht resorbierbar gemacht zu bezeichnen, aber dieser Zwieback muß immer vor der Verzehrung gekocht werden, wenigstens bei kleineren Babys, und gerade diesen wollen wir nach obigem ja ein Nahrungsmittel geben, welches noch n i c h t durch Kochen a u f g e w e i c h t ist, sondern den Zähnchen resp. den zahnlosen Kiefern eine gewisse R e s i s t e n z entgegensetzt.

Ich habe nun als das zweckmäßigste Präparat für die in Betracht kommenden Fälle einen von der gleichen O p e l schen Fabrik in letzter Zeit hergestellten Kinderbiskuit kennen gelernt, welcher weder die Härte der üblichen ungekochten Zwiebacke besitzt, noch die Weichheit des gekochten Zwiebackbreies. Diese Kinderbiskuite, „Haima“, können infolge ihrer Porösität und leichten Zerdrückbarkeit auch zahnlosen Kindern gegeben werden. Sie bieten dem kindlichen Kiefer gerade soviel Widerstand, daß das Kind sich eine Zeitlang abmühen muß, bis es den Biskuit genügend zerkleinert hat. Man beobachtet dabei, wie das Baby den Biskuit zwischen den Fäustchen, übrigens mit sichtlichem Wohlbehagen, hält und stets zwischen den Kieferreihen hin und her reibt. Ich habe genau beobachtet, wie es dem Baby nie einfällt, den Biskuit oder Stückchen desselben eher herunterzuschlucken, bevor sie völlig „verpulvert“ sind.

Es konnte dabei genau festgestellt werden, wie die Kinderchen ausschließlich an denjenigen Stellen des Kiefers die Biskuite bearbeiteten, wo der nächste Zahndurchbruch zu erwarten war. Ich bewunderte direkt die Geduld, mit der die Kleinen unermüdlich an dieser ihrer ersten konsistenteren Nahrung ihre Kunst versuchten. Oft sah ich, daß ½ Stunde lang ohne Aufhören die Beschäftigung mit dem „Haima“-Biskuit dauerte. Dann war aber auch gewiß alles direkt verpulvert. Es konnte deutlich hieran erkannt werden, wie m e h r das Verlangen (natürlich rein unbewußt) dem Z a h n d u r c h b r u c h z u H i l f e k o m m e n, a l s d a s B e d ü r f n i s nach einem festen N a h r u n g s m i t t e l, die Kinder die Biskuite so intensiv zerkleinern ließ.

Daß die Biskuite, abgesehen von diesem Verlangen, allerdings auch rein als Nahrungsmittel betrachtet, g e r n g e n o m m e n w u r d e n, konnte man feststellen, wenn man dieselben bereits zerkleinert den Kindern gab. Nur zwecks solcher Feststellungen aber wurde der Biskuit bereits zerkleinert gegeben, sonst empfehle ich auch Kindern der ersten Lebensmonate stets das Zerkleinern selbst zu überlassen. Nun ist aber auch, abgesehen von der äußeren Konsistenz, die qualitative und quantitative Zusammensetzung der „Haima“-Biskuits für Kinder der ersten Lebensmonate äußerst zweckmäßig. Zunächst ist der Nährwert ein ganz beträchtlicher. Nach der im chemischen Laboratorium von W i r t h (Leipzig) vorgenommenen Analyse enthalten 100 g „Haima“-Biskuit mehr als 400 Kalorien. Rohfaser fehlt nahezu völlig. Von den 60 pCt. Kohlehydraten sind 40 pCt. löslich, die übrigen 20 durch den Backprozeß so aufgeschlossen, daß auch sie ohne jede Schwierigkeit vom Magen-Darmkanal auch des zweimonatigen Babys leicht weiter assimiliert und resorbiert werden.

Auch der Eiweißgehalt ist verhältnismäßig hoch und zwar beträgt er ca. 15 pCt. Durch den doppelten Backprozeß ist auch das Eiweiß, da es sehr fein pulverig gerinnt, recht gut vom Magensaft zu lösen. Der Fettgehalt beträgt 10 pCt., was auch den Nährwert beeinflußt.

Wichtig ist auch der Mineralgehalt von „Haima“. „Haima“ enthält ca. 1½ pCt. phosphorsaure Salze. 1 pCt. Kochsalz und mehr als 1 pCt. Eisen. Da wir es nun mit zahnenden Kindern zu tun haben, kommt der Phosphorgehalt sowohl der Zahnung ganz besonders, wie natürlich auch der sonstigen Knochenbildung zugute. Die Bedeutung des Eisengehaltes liegt gleichfalls klar auf der Hand.

So ist der „Haima“-Biskuit gerade für Kinder in den Zahnungsmonaten, also vom 3. bis zum 20. Monate, sehr geeignet. Die ersten Lebensmonate eignen sich hierunter am meisten, weil das Kind in denselben, abgesehen von der Milch und einer etwaigen Beikost „Opelzwieback“, keine sonstige k n o c h e n b i l d e n d e Kost erhält, und ebensowenig eine Nahrung bekommt, die ihm mechanisch Hilfe leistet bei Durcharbeitung der Zähne durch das Zahnfleisch.

Ich habe daher „Haima“ auch vor allem solchen Kindern gegeben, die offenkundig jedesmal zur Zeit der Zahnung litten, insbesondere die erwähnten Krankheitserscheinungen aufwiesen, welche die erschwerte Zahnung begleiten. Auch Kinder mit englischer Krankheit und deren Begleitsymptome befinden sich darunter. Das Nähere mögen die nachstehenden Beispiele selbst erläutern.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließl. Infektionskrankheiten).

Abel: Ueber Impfpflicht und Pockenschutz. (Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Mediz., Bd. 41, Suppl. 1, S. 83.)

Das Ergebnis seiner Betrachtungen faßt Verf. in folgenden Sätzen zusammen:

1. Die Pocken haben, gemessen an den Pockensterbeziffern, in den meisten europäischen Staaten im Laufe der letzten Jahrzehnte erheblich nachgelassen. Die Abnahme ist in den einzelnen Ländern verschieden stark. Sie hängt, wie natürlich, weniger ab von dem Bestehen oder Nichtbestehen einer gesetzlichen Impfpflicht, als von der tasächlichen Durchführung der Impfung. So ist in Frankreich trotz eines guten Impfgesetzes die Durchimpfung weniger weitgehend und der Pockenbestand höher als in England, trotz der dort 1898 erfolgten Aufhebung der allgemeinen Impfpflicht, und in Oesterreich trotz des Fehlens einer solchen.

2. In Deutschland kann von einer völligen Durchimpfung der Bevölkerung schon unter dem jetzigen Impfgesetz nicht gesprochen werden. Eine Aufhebung oder Milderung des Impfgesetzes würde voraussichtlich den Umfang der Impfungen unter denjenigen in England und Oesterreich hinabdrücken und auch die jetzt noch Deutschland vor den beiden genannten Staaten einen besonderen Vorzug gebende Wiederimpfung entsprechend mindern. Deutschland bedarf aber nach seiner geographischen Lage und seinen Verkehrsbeziehungen eines höheren Pockenschutzes als England und Oesterreich. Eine Aenderung der Impfpflicht wäre erst dann zu rechtfertigen, wenn die jetzt ständig drohende Gefahr der Pockeneinschleppung aus dem Auslande durch Besserung der Pockenverhältnisse beseitigt sein wird.

3. Die Bekämpfung der Pocken durch sanitätspolizeiliche Maßnahmen ist von großer Bedeutung und notwendig, macht aber die Impfpflicht für Deutschland bei dem jetzigen Pockenstande im Auslande nicht entbehrlich.

4. Der Impfschutz der deutschen Bevölkerung ist auch in den Pockenausbrüchen der letzten Jahre erkennbar gewesen. Die Technik der Impfung bedarf dauernd der Fürsorge, genaue Verfolgung die Frage, ob das derzeitige Verfahren der Impfung den Impfschutz hoch genug erhalten wird.

M ü h l s c h l e g e l.

Dr. **W. Rindfleisch** (Dortmund): **Tödliche Kachexie ohne gröbere anatomische Grundlage (einfache chronische Gastritis); intestinale Autointoxikation und Lebercirrhose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Verf. gibt eine bemerkenswerte kasuistische Mitteilung. Es handelt sich um einen 48 jährigen Mann, der seit einigen Jahren an Magenbeschwerden litt; anfangs blieb der Appetit gut; endlich ließ dieser auch nach und es entwickelte sich eine zunehmende Abmagerung und Entkräftung, so daß der Kranke im Laufe eines halben Jahres um 40—50 Pfund an Körpergewicht verlor. Es bestand mäßiger Potus, starker Nikotin-Abusus zugegeben. Lues wurde negiert. Nach der Aufnahme in das Krankenhaus fand sich bei der Untersuchung keine der gewöhnlichen Ursachen schwerer Kachexie, weder Lungentuberkulose noch Diabetes; dagegen bestand komplette Achylie, jedoch sprach sonst nichts für Magencarcinom (der Stuhl war stets blutfrei). Urin war auch eiweißfrei. Es war also zunächst nur einfache Achylia gastrica nachweisbar. Bei der Aufnahme bestand nur mäßige Anämie. Im Laufe der langen Beobachtung trat dann wiederholt Urobilinurie und Indikanurie auf. 5 bis 6 Wochen vor dem Tode entwickelte sich bei dem Kranken ein Ikterus, der rasch einen sehr hohen Grad erreichte. Der Harn enthielt sehr reichlich Bilirubin und Urobilin; die Stühle waren schwach gefärbt, jedoch nie ganz frei von Gallenfarbstoff. Bald bildete sich auch ein erheblicher Ascites aus. Der Kranke verfiel rasch, wurde hydropisch und starb in soporösem Zustande ohne irgendwelche Reizerscheinungen. Die Obduktion ergab nichts von Carcinom oder aktiver Tuberkulose, auch nichts von Addisonscher Krankheit; bei der histologischen Untersuchung des Magens zeigte sich, daß dem klinischen Symptom der Achylia gastrica eine schwere chronische Entzündung der Magenschleimhaut zugrunde lag, die zu einem fast völligen Drüsenschwunde geführt hatte. Im Dünndarm fanden sich ebenfalls beginnende atrophische Veränderungen des Drüsenparenchyms. Außerdem fand sich eine schwere Lebercirrhose. Verf. gibt eine ausführliche Analyse des Falles. Er neigt zu der Ansicht, daß die schwere, zur Atrophie der Schleimhaut führende Gastritis die Grundlage des ganzen Leidens gewesen ist.

Dr. **Moritz Cohn** und Dr. **Hans Peiser** (Berlin): **Einige Störungen der inneren Sekretion bei Pankreaserkrankungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Bei fünf von den Verfassern beobachteten Fällen von Pankreaserkrankungen (drei Fälle von Pancreatitis acuta haemorrhagica, je ein Fall von Pancreatitis purulenta und Pancreatitis chronica interstitialis) fanden sich folgende, auf Störung der inneren Sekretion hindeutende Symptome: Exophthalmus — mehr oder weniger — in vier Fällen, Graefesches Phänomen in vier Fällen, Moebiussches und Stellwagsches Zeichen in fünf Fällen, Tremor und Dermatographismus in fünf Fällen, relative Lymphocytose in vier Fällen, erhöhte Phloridzinglykosurie in fünf Fällen. Die Zahl der bisher untersuchten Fälle ist indes noch zu gering, um irgendwelche Schlüsse aus diesen Befunden ziehen zu können.

R. L.

Chirurgie.

Prof. **Riedel** (Jena): **Ueber Bauchverletzungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 1 u. 2.)

Verf. faßt seine Ausführungen in folgenden Sätzen zusammen: 1. Das sicherste Zeichen einer intraabdominellen Organverletzung ist die Starre der Bauchmuskulatur. 2. Diese wird hervorgerufen durch das Einfließen von Magen- resp. Darminhalt und von Blut in die Bauchhöhle. 3. Je rascher und abundanter dieses Einfließen erfolgt, desto prompter setzt die Starre ein. 4. Ausnahmsweise kommt sie auch durch Bauchdeckenverletzung an zirkumskripter Stelle und bei bloßer Kontraktur des Darmes zustande. 5. Gelegentlich haben Darmverletzungen keine Starre zur Folge, doch ist das sehr selten. 6. Starre der Bauchdecken zusammen mit raschem, kleinem Puls, bleichem, verfallenem Gesicht und Erbrechen spricht für abundante Blutung aus Leber, Milz, Pankreas, Gekrösearterien etc.; der Verletzte muß gleich nach Sicht, wenn möglich, wenige Stunden nach der Verletzung operiert werden, damit die Blutung gestillt wird. 7. Ruptur des Magens führt rasch zur Starre, langsamer die des Darmes, weil die Wunde im Darm durch Kontraktur desselben vorläufig verschlossen werden kann; auf diesen Verschluß ist aber, selbst bei kleinen Wunden, nie mit Sicherheit zu rechnen. Möglich, daß in einem Teil der Fälle das relativ späte Einsetzen der Peritonitis nach Darmruptur dadurch erklärt wird, daß die Mikroorganismen des Darmes bis 6 Stunden Zeit gebrauchen, um in der Bauchhöhle auszukeimen. 8. Kranke mit Magendarmrupturen sollen, wenn möglich, innerhalb der ersten 6 Stunden, spätestens 12 Stunden nach der Verletzung operiert werden; zuweilen wird auch noch später Heilung erzielt. 9. Die Verletzten sollen sofort vom Unfallsort mittels Trage in das nächste große, auf schwere Operationen eingerichtete Krankenhaus transportiert werden, nicht nach Hause oder in kleine Krankenhäuser. Behörden, Krankenkassen resp. Berufsgenossenschaften sollten dafür sorgen, daß in jedem Dorfe eine gedeckte Trage existiert. 10. Abreißung des Mesenteriums vom Darm, Spaltungen der Serosa und Muscularis. Unterminierungen der Schleimhaut können nach längerer Zeit zu Gangrän des Darmes und Bildung von Kotabscessen führen oder mit Knickungen resp. Strikturen des Darmes endigen. 11. In der Umgebung des seiner Ernährung beraubten Darmes verkleben Netz und gesunde Darmschlingen miteinander, die Endothelien verändern sich, die Stomata verschwinden, so daß die Resorptionsfähigkeit des Bauchfells aufhört. Das gleiche geschieht, wenn der Darm nur schwer kontusioniert ist, aber nicht brandig wird; der Bluterguß vereitert per diapedesin vom Darm aus, es kommt aber nicht zur Bildung eines Kotabscesses. Der Theorie nach sollte man in solchen Fällen längere Zeit abwarten; in praxi ist das aber schwer durchzuführen. 12. Die Blutung aus zersprengter Leber wird wohl am besten durch Einnähen von Netz in die Wunden gestillt; die (zertrümmerte) Milz soll in toto exstirpiert werden, wenn auch ausnahmsweise Störungen nach diesem radikalen Verfahren beobachtet sind. 13. Nierenrupturen sind zunächst immer konservativ zu behandeln; doch soll bei raschem Verfall des Verletzten durch Blutverlust die Exstirpation des oft mehrfach durchtrennten, keiner Heilung fähigen Organs nicht aufgeschoben werden. 14. Leichtere, nicht zur Läsion intraabdominell gelegener Organe führende Kontusionen des Bauches bewirken zuweilen rasch, d. h. in den ersten Stunden nach der Verletzung, einsetzende Tympanie des Bauches. 15. Leichte Verletzungen des Bauches können schwere Erscheinungen hervorrufen (Erbrechen, raschen kleinen Puls, Verfall des Gesichts), die man unter dem Namen Shok zusammenfaßt; umgekehrt führen zuweilen ausgedehnte Organ-, besonders Darmverletzungen, anfänglich zu geringfügigen Störungen; jene nehmen an Intensität ab, diese zu. Wer abwartet, wird die richtige Diagnose stellen, aber die richtige Zeit für die Therapie versäumen. 16. Leichte Kontusionen des Bauches führen selten zu dauernder Schädigung der Gesundheit durch Bildung von Adhäsionen, Knickungen des Darmes etc. Klagen leicht Verletzter über Jahr und Tag hinaus sind meist unbegründet, falls die Verletzten nicht mager und elend bleiben. 17. Ebenso selten sind subkutane Rupturen gesunder Bauchmuskeln. 18. Offene, bis durch das Bauchfell dringende infizierte Wunden sind dagegen relativ häufig. Ihre Behandlung macht meist große Schwierigkeiten, weil der Eiter zwischen den einzelnen Muskelschichten sich ausbreitet und gleichzeitig Infektion des Bauchfells droht; letztere kann nur durch breite, evtl. zu wiederholende Spaltung und Freilegung der Eiterherde vermieden werden. R. L.

Gynäkologie.

Adolf Belser: Ueber Tubarsterilisation. (Dissertation, Zürich 1911.)

Die Folgerungen, die der Verf. aus seinen Untersuchungen zieht, gehen dahin, daß wir bis heute keine Methode der tubaren Sterilisation kennen, welche mit absoluter Sicherheit einen Erfolg verspricht. Die sicherste Methode ist diejenige der tiefen Keilexzision aus dem Uterus, welche aber wiederum eine Coeliotomie notwendig macht, entweder vom Abdomen oder der Vagina aus, welche somit auch alle Gefahren und unglücklichen Zufälligkeiten einer jeden Eröffnung des Peritonealraumes in sich schließt. Der Eingriff ist also kein irrelevanter und bedarf der sorgfältigsten Indikationsstellung. Deshalb sollen die Fragen der Indikation nur von operativen Gynäkologen mit großer geburtshilflicher Erfahrung, welche an klinischem oder nichtklinischem Material die in Frage kommenden Schwangerschaftskomplikationen häufig gesehen haben und verfolgten, entschieden werden. Dadurch kann manches Unheil vermieden werden, um so mehr, als die Frage der Indikation der tubaren Sterilisation durchaus nicht eine abgeklärte ist. In einem Falle ist z. B. eine Tuberkulose heilbar, im anderen Falle nicht, obwohl die klinischen Erscheinungen für den weniger Erfahrenen vollständig die nämlichen sind. In einem Falle wird irgendein tuberkulöser Prozeß durch die Schwangerschaft bis zur Lebensgefahr verschlimmert, im anderen Falle neigt er nach der Geburt wieder zum Besseren. Ebenso verhält es sich mit den verschiedensten Herzfehlern und anderen Komplikationen. Es ist also in jedem einzelnen Fall eine strenge Individualisierung notwendig. F.

Allgemeine Pathologie und Diagnostik.

Nowikow: Nieren- und Nierenbeckeninzisionen und deren Einfluß auf das Gewebe sowie auf die Funktionsfähigkeit der Niere. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 96, H. 1.)

Durch zahlreiche Tierexperimente stellte N. fest, daß in den ersten 2—6 Tagen nach der Nephrotomie temporäre Be-

einträchtigung der Nierenfunktion beobachtet wird und zwar infolge der durch das operative Trauma verursachten Blutung und Hyperämie. Nach 6 Tagen spätestens schwinden diese Erscheinungen. Unmittelbar nach jeder Inzision in die Niere entsteht eine geringe marginale Nekrose, welche nach Regeneration eine kleine Narbe hinterläßt. Ausnahmsweise kann sich nach allen Inzisionen ein diffuser interstitiell-entzündlicher Prozeß in der ganzen Niere entwickeln. Querwunden heilen ebenso gut wie Längswunden der Niere; trotzdem ist der Längsschnitt in der Linie der natürlichen Gefäßteilung wegen der besseren Uebersichtlichkeit vorzuziehen. Die Inzision des Nierenbeckens hat keine Vorzüge vor dem Sektionsschnitt und verdient nur ausnahmsweise angewendet zu werden.

Adler (Berlin-Pankow).

Hugo Salomon und **Paul Saxl** (Wien): **Eine Schwefelreaktion im Harne Krebskranker.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Die Verfasser berichten über eine Harnreaktion, die auf dem qualitativen Nachweis einer dem Neutralschwefel angehörigen Substanz beruht, deren Schwefel durch gelinde Oxydation mit Wasserstoffsuperoxyd abspaltbar ist und als Barytsulfat nachgewiesen wird. Die klinische Bedeutung dieser Reaktion sehen die Verfasser darin, daß diese Substanz, resp. ihr S in erheblicher Menge sich bisher nur bei Krebskranken fand. Die Reaktion wird folgendermaßen ausgeführt: 100 ccm unzersetzten, möglichst der Tagesmenge entnommenen Harns werden filtriert, das spezifische Gewicht wird bestimmt und sorgfältig mit der Ferrocyankaliumprobe auf Eiweiß untersucht; fällt diese Probe auch nur schwach positiv aus, so wird der Harn aufgekocht, dann mit einigen Tropfen verdünnter Essigsäure versetzt und möglichst klar filtriert. Diese Harnmenge wird in einem 400—500 ccm fassenden Becherglas mit 10 ccm Salzsäure (spez. Gewicht 1,12) versetzt und auf dem Asbestnetz bis knapp zum beginnenden Sieden, also bis zum ersten Aufsteigen der Blasen, erhitzt; die Flamme wird sofort entfernt. Sogleich darauf werden 200 ccm siedend heißes Wasser und darnach 10 proz. $BaCl_2$-Lösung zugesetzt, und zwar bei einem spezifischen Gewicht des Harns unter 1020 10 ccm der $BaCl_2$-Lösung, bei einem spezif. Gewicht über 1020 15 ccm davon; man lasse die $BaCl_2$-Lösung aus einer Pipette langsam in das Becherglas tropfen. Nun wird das Becherglas mit einem Uhrglas gut bedeckt, auf ein kräftig siedendes Wasserbad gebracht und dort 6 Stunden belassen; nach sechsstündigem Wasserbadaufenthalt läßt man noch 24 Stunden den gebildeten Baryumsulfatniederschlag absetzen. Hiernach wird durch Barytpapier filtriert (man verwende nur Barytpapier 311 von Max Dreverhoff in Dresden). Die Filtration muß mit großer Sorgfalt geschehen. Man filtriere, ohne den Bodensatz aufzuschütteln; dieser wird weggegossen und vernachlässigt; sodann filtriere man, ohne Nachwaschen, das ganze Filtrat durch dasselbe Filter nochmals in einen 500-Erlenmeyerkolben, setze 3 ccm Perhydrol Merck hinzu und halte die Flüssigkeit in dem Kolben mit aufgesetztem Trichterchen ¼ Stunde lang im Sieden; man vermeide große Flamme und koche auf dem Asbestnetz; die Flüssigkeit soll auch hier nur ganz wenig verdampfen. Nun gießt man den Inhalt des Kolbens in ein Spitzglas; tritt nach 12—24 Stunden ein die Kuppe des Spitzglases deutlich ausfüllender Niederschlag von durch braunen Farbstoff verunreinigtem Baryumsulfat auf, so ist die Reaktion positiv. Füllt der Niederschlag die Kuppe des Spitzglases (von 300 ccm Inhalt) aus, so gilt die Reaktion als positiv, wo nicht, als negativ. Im Falle diagnostischer Verwendung der Reaktion soll diese der Kontrolle wegen an zwei verschiedenen Tagen bei jedem Patienten ausgeführt werden. Es empfiehlt sich, die zu untersuchenden Kranken frei von jeder Medikation zu lassen. Bei 41 Krebskranken fiel die Reaktion 30 mal positiv, 4 mal schwach positiv aus; bei 182 Nichtkrebskranken nur 6 mal positiv, 3 mal schwach positiv, sonst negativ aus. R. L.

Dr. **C. Leede** (Hamburg): **Der Nachweis von Blut im Urin mittels der Filtermethode.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 47.)

Unsere chemischen Methoden gestatten uns nicht, im Urin kleinste Blutbeimengungen zu konstatieren. Nur die mikroskopische Untersuchung des Sediments kann uns hier weiterbringen; und zu dieser Untersuchungsmethode hat der vielbeschäftigte Praktiker kaum Zeit. Es erschien Verfasser nun wünschenswert, eine Methode zu finden, die geeignet wäre, die Zahl derjenigen Fälle von Hämaturie, die erst durch das Mikroskop festgestellt werden können, herabzusetzen, und zwar durch Verschärfung der bisher geübten Guajakharztinktur-Terpentinölprobe. Von der Ueberlegung ausgehend, daß die Erythrocyten in relativ kleiner Zahl in einer großen Flüssigkeitsmenge suspendiert sind, kam Verf. auf die Idee, diese wenigen Erythrocyten durch Filtrieren einer größeren Urinmenge auf dem Filter zurückzuhalten und dann, ähnlich wie Rosenbach den Gallenfarbstoff, hier das Hämoglobin nachzuweisen. Er filtrierte eine Anzahl Urine (Scharlachnephritiker), die mikroskopisch Erythrocyten in geringer Zahl enthielten, chemisch aber frei von Blut sich erwiesen. Auf das Filter tropfte er dann einige Tropfen einer Mischung von dünner Guajakharztinktur und verharztem Terpentinöl aa verdünnt mit etwas Alkohol. In einigen Augenblicken zeigte seine deutliche Blaufärbung das Vorhandensein von Blut an. Die Methode ist also äußerst einfach und ungemein scharf und kann durch Steigerung der filtrierten Urinmenge noch verschärft werden. Es galt nun festzustellen, daß der positive Ausfall dieser Probe nicht auch durch andere pathologische Urinbestandteile, die auf dem Filter zurückblieben, bedingt wird; es käme hier Eiter, Sperma und Eiweiß in Betracht, die vermöge ihrer Oxydasen eine Blaufärbung bedingen könnten. Diese Oxydasen sind nun durch Kochen zerstörbar, während das Hämoglobin erheblich widerstandsfähiger ist. Das Verfahren gestaltete sich also so: Etwa 10 bis 20 ccm Urin werden, falls Eiter zugegen ist, im Reagenzglas aufgekocht und auf ein Filter gegossen. Nach Ablaufen der Flüssigkeit werden einige Tropfen Guajakharz-Terpentilöl-Alkoholgemisch auf das Filter getropft, worauf eine Blaufärbung auf Blut hinweist. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Prof. **L. Golubinin**, Direktor der medizin. Klinik der Universität zu Moskau: **Einige Fälle von Salvarsananwendung in der inneren Medizin.** (Die Therapie der Gegenwart, November 1911.)

Außer der Lues in frühen und späten Stadien wendet man Salvarsan bei vielen anderen Krankheiten an: bei Malaria, Febris recurrens, Flecktyphus, Infektionen mit Trypanosomen, Blattern, Leukämie, perniciöser Anämie und anderen Formen schwerer Anämie, Pest, bösartigen Geschwülsten, Morbus Banti, parasyphilitischen Erkrankungen, wozu hauptsächlich Tabes dorsalis und Paralysis progressiva gehören. In Betreff einiger dieser Erkrankungen hat sich schon eine mehr oder weniger große Zahl von Beobachtungen angesammelt, so daß man schon jetzt mit Gewißheit behaupten kann, daß auf sie Salvarsan eine sehr energische Wirkung ausübt. Hierher gehören Lues, in allen ihren mannigfaltigen Formen, Malaria (Febr. tertiana), Febr. recurrens und die Trypanosomenkrankheiten. Bei einigen Formen, wie Leukämie, perniciöser Anämie, sind die Resultate negativ. Es bleibt noch eine bedeutende Anzahl solcher Formen, bei denen dieses Mittel noch nicht zur Genüge erprobt ist. Verf. rubriziert in vorliegender Arbeit seine Beobachtungen über die Anwendung des Salvarsans in der Klinik bei einer Reihe von Erkrankungen, welche ins Gebiet der inneren Medizin gehören, wo dieses Mittel noch kein volles Bürgerrecht erlangt hat. In der ersten Gruppe handelt es sich um 5 Fälle von Leberkrankheiten. Die Fälle geben das Recht, den Schluß zu ziehen, daß die Anwendung von Salvarsan bei Leberkrankheiten, wenn als ätiologisches Moment eine luetische Infektion vorliegt, zweckmäßig ist. Die erzielten Resultate waren lange nicht gleich. Bei einigen Kranken war die Besserung sehr bedeutend; sie erlangten ein blühendes Aussehen und man konnte in der Leber nur unbedeutende Ueberreste der früher sehr starken Veränderungen konstatieren. Bei anderen war der Erfolg weniger klar. Verf. wundert nicht der ungleiche Grad der Wirkung des Mittels auf den Krankheitsprozeß. Es handelt sich um alte, vieljährige Prozesse. Dabei waren es zum Teil schon cirrhotische Prozesse, wo schon festes Bindegewebe sich gebildet hatte, welches keinen therapeutischen Mitteln nachgab. An anderen Stellen war der Prozeß nicht so alt — mit Neubildung frischer Granulomata, welche gewiß vollständig der energischen Wirkung des Salvarsans nachgaben.

Die zweite Gruppe enthält einen Bericht über drei Fälle chronischer Malariaerkrankungen. Von diesen drei Fällen ist der erste der effektvollste, wo nach einer intravenösen Salvarsaninjektion die bis dahin sehr hartnäckigen Malariaanfälle ganz aufhörten. In den beiden anderen Fällen, in welchen zur Zeit der Beobachtung keine Anfälle, sondern nur Malariakachexie mit periodischen Temperaturerhöhungen vorhanden war, sind die Resultate doch ziemlich gut, da Verf. eine Besserung des Allgemeinzustandes und Verkleinerung der chronisch vergrößerten Milz erzielte. Auf Grund dieser Fälle kann Verf. die schon früher gemachten Beobachtungen bestätigen, daß Salvarsan ein sehr wirksames Mittel, wenigstens gegen einige Formen von Malaria (Febris tertiana) ist.

In der dritten Gruppe handelt es sich um drei Fälle von Polyarthritis. Alle drei Fälle der Gelenkerkrankung waren sehr langwierig und hartnäckig. Bei allen Kranken wurde eine mannigfaltige und energische Kur durchgeführt, welche zu einer zeitweiligen Besserung führte, die aber später zurückging. Bei zwei der Patientinnen bestanden Hinweise auf hereditäre

Lues, bei der dritten ist eine akquirierte Lues nicht ausgeschlossen. Bei allen fiel die Wassermannsche Reaktion positiv aus, was auch als Grund für die Salvarsanbehandlung diente. Das Endresultat der Kur war in allen Fällen befriedigend.

Außer den hier angeführten Fällen hatte Verf. nicht wenig Kranke, bei denen Salvarsan angewandt wurde: Lues bei einem Phthisiker, Tabes incipiens, Morbus Basedowii und Lues hereditaria, Cardialgia, Perigastritis, Magenfixation und Anfälle starker Schmerzen; bei einem jungen Luetiker stenokardische Anfälle. Bei allen Patienten fiel die Wassermannsche Reaktion positiv aus, außer bei den Stenokardiaanfällen. Fast alle Patienten erhielten Erleichterung nach der Einführung des Salvarsans; jedoch alle diese einzelnen verschiedenen Krankheitsformen geben kein Recht, irgendwelche Schlüsse zu ziehen. Kr.

Dr. J. **Abelin** (Bern): **Salvarsan im Blute bei intravenöser Injektion.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Verf. untersuchte die Frage, ob das Salvarsan als solches oder als ein ihm nahe verwandter Körper im Blut bald nach der intravenösen Injektion nachzuweisen ist. Zum Nachweis des Salvarsans im Blut bediente sich Verf. folgender Methode: Aus einer Armvene werden 5—8 ccm Blut entnommen; das Blut wird in einem absolut trockenen Reagenzglas aufgefangen und das Serum entweder durch einfaches Stehenlassen oder durch Zentrifugieren gewonnen; es soll möglichst hell sein. Das obenstehende klare Serum wird mit Hilfe einer ganz fein ausgezogenen Pipette vom Blutkuchen getrennt und in folgender Weise untersucht: 1—2 ccm Serum werden in einem Reagenzglas unter der Wasserleitung abgekühlt, mit 2 Tropfen verdünnter Salzsäure angesäuert und mit 3 Tropfen einer ½ proz. Natriumnitritlösung versetzt. In einem zweiten Reagenzglas werden etwa 0,3 Resorcin. puriss. oder α-Naphthol pur. (Kahlbaum) in 4—5 ccm 30 proz. Natronlauge gelöst. In dieser alkalischen Resorcin- resp. α-Naphthollösung gibt man dann vorsichtig tropfenweise das mit salpetriger Säure behandelte Blutserum zu. Bei der Anwesenheit von Salvarsan (resp. eines ihm nahe verwandten amidoartigen Abbauproduktes) entsteht an der Berührungsstelle der beiden Flüssigkeiten ein schöner roter Ring. Die Farbe tritt am deutlichsten nach 1—2 Minuten hervor. Das gewöhnliche Menschenserum, sowie auch das salvarsanfreie syphilitische Serum, ergeben bei der gleichen Reaktion eine Gelbfärbung. Zur Kontrolle vergleiche man immer die beim Nachweis des Salvarsans aufgetretene Farbe mit der gleichen Farbstoffreaktion eines salvarsanfreien Serums. Nur die Entstehung eines roten Farbstoffes ist beweisend. Verf. hat nach dieser Methode das Serum von 8 Patienten 1 Minute, 5 Minuten, 20 Minuten, 1 Stunde 1½ Stunden, 2¼ Stunden nach der intravenösen Salvarsaninjektion untersucht und positive Reaktionen bis zu etwa 1 Stunde nach der Injektion gefunden. Man kann daraus schließen, daß bei der intravenösen Injektion das Salvarsan nicht sofort aus dem Blut verschwindet, sondern einige Zeit unverändert oder wenig verändert im Blute kreist.

Dr. **Braitmaier** (Kiel): **Meine Erfahrungen mit Digipuratum.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 51.)

Die Digitalisdroge enthält die für die Herztherapie wirksamen Digitalisglykoside in Form von Gerbsäureverbindungen. Die aus den Blättern isolierten Gerbsäureverbindungen (Digitannoide) sind gelbliche Substanzen, die in Wasser und Säuren schwer löslich, dagegen in Alkalien leicht löslich sind. Mit Milchzucker auf eine bestimmte physiologische Wirkungsstärke verdünnt, stellen diese Digitannoide das Digipuratum dar. Das Präparat wird gewöhnlich innerlich in Form von Tabletten angewendet. Verf. berichtet über seine Ergebnisse mit Digipuratum. Er wandte es nicht nur innerlich, sondern auch in Form einer sterilisierten Lösung (Genaueres über die Stärke und Art der Herstellung dieser gibt Verf. nicht an) intramuskulär und intravenös an. Bei Verabreichung von 1—2 Tabletten täglich zeigte sich die erste Wirkung auf das Herz durch Herabsetzung der Frequenz, Verbesserung des Pulses und Steigerung der Diurese zwischen dem dritten und vierten Tage. Bei stärkerer Dosierung (am ersten Tage 4 Tabletten, am zweiten und dritten je 3, am vierten Tage 2 Tabletten) begann die Wirkung durchschnittlich schon am zweiten Tage; häufig war schon nach 6—8 Stunden eine Wirkung auf das Herz wahrnehmbar. Im allgemeinen besserte sich die Diurese bis zum vierten Tage, um dann gleich zu bleiben oder abzufallen. Wo Stauungen nephrogenen Ursprungs vorhanden waren, setzte die Steigerung der Diurese rascher und stärker ein als bei reinen Myokarderkrankungen. Indiziert ist Digipuratum bei allen Fällen akuter und chronischer Herzmuskelerkrankungen und Schwächezuständen des Herzens. Bei lebensbedrohenden Zuständen hat Verf. das Digipuratum in einzelnen Fällen mit Erfolg intravenös injiziert. Die rasche Absorption und ebenso rasche Ausscheidung verhindert und erschwert den Eintritt von Kumulation. Unangenehme Nebenwirkungen (z. B. Uebelkeit und Erbrechen) machten sich nur in wenigen Fällen bemerkbar. R. L.

Dr. med. C. **Beer**, zurzeit Assistent a. d. II. med. Abt. des städt. Krankenhauses in Nürnberg, vorher Schiffsarzt der Hamburg-Amerika-Linie: **Ueber die Behandlung der Seekrankheit mit lokalen Anästheticis.** (Therapeut. Monatshefte, Dezember 1911.)

Verf. hatte als Schiffsarzt Gelegenheit, eine Reihe von Seekranken zu behandeln. Darunter war eine Dame, bei der die gewöhnlichen Mittel, Brom, Veronal usw., sämtlich versagten. Ein Passagier teilte Verf. mit, daß er Cocatinktur besitze, die ihm bei seiner Gattin, die ebenfalls sehr zu der Krankheit neigte, gute Dienste leiste. Daraufhin gab Verf. der ersterwähnten Patientin, welche in recht elendem Zustande war, mehrmals täglich 12—15 Tropfen von Cocatinktur. Der Erfolg war überraschend. Vor allem besserte sich der Appetit; das Erbrechen und Uebelkeitsgefühl wurden fast ganz beseitigt. Dieser Erfolg ermutigte Verf. zur weiteren Anwendung. Er gab die Tinctura Cocae noch mehrmals anderen Seekranken, ebenfalls mit guten Resultaten. Auch Verf. hat den Eindruck gehabt, daß bei länger dauernder Seekrankheit sich ein Magenkatarrh herausbildet, und möchte annehmen, daß die Cocatinktur nicht ungeeignet dazu ist, diesen katarrhalischen Reizzustand zu bekämpfen. Eventuell wäre dabei noch an die unterstützende Wirkung des darin enthaltenen Alkohols zu denken. Jedenfalls scheint Verf., daß die Tinct. Cocae sich angenehm nimmt und rasch wirkt. Kr.

Dr. **Arthur Schwenk**: **Zur Behandlung der Cystitis mit Diplosal.** (Dermatologische Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Der Verf. hat das Diplosal bei Pyelitis, Cystitis, Urethritis nicht gonorrhoischen und gonorrhoischen Ursprungs, im akuten und chronischen Stadium angewandt. Vorzüglich wirkte das Mittel in Fällen von chronischer Cystitis mit Prostatahypertrophie, in denen andere Antiseptica im Stich ließen. Ferner wurde Diplosal mit Erfolg bei akuter Gonorrhoe prophylaktisch gegeben, um eine Ausdehnung des Krankheitsprozesses auf die Pars posterior zu verhindern. Störungen des Magen-Darmkanals sowie schädliche Nebenwirkungen auf Herz und Nieren wurden in keinem Falle beobachtet. Die Patienten nahmen Diplosal gern ohne jeden Widerwillen. —r.

Physikalische Therapie.

Prof. Dr. **Max Joseph** und Dr. **Conrad Siebert** (Berlin): **Die Röntgenbehandlung in der Dermatologie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Die Verfasser stellen als leitenden Grundsatz auf, in der Dermatotherapie die Röntgenbestrahlung nur da zu verwenden, wo man mit anderen Methoden nicht auskommt. Wo ein einfacheres Heilmittel mit gleichem Erfolg zu Gebote steht, soll man dieses bevorzugen. In erster Linie kommt die Psoriasis in Betracht. Die frischen Eruptionen der Psoriasis punctata sind für die Röntgentherapie am dankbarsten. In zweiter Reihe sind es inveterierte Plaques, die lange einer medikamentösen Therapie standgehalten hatten, bei denen die Röntgenstrahlen oft überraschend schnell wirken. Weniger gut waren die Erfahrungen bei den Psoriasisfällen mit den größeren und kleineren, scharf begrenzten, kreisrunden, frischen roten Plaques mit Neigung zum peripherischen Fortschreiten. Nach den Röntgenbestrahlungen reagiert ein Teil solcher Fälle mit einem vorübergehenden Nachlassen der Desquamation, um dann eine intensivere Neigung zur Vergrößerung der einzelnen Stellen zu zeigen. Bei Psoriasisbehandlung mittels Röntgenstrahlen wird man einen, wenn auch kleineren, Prozentsatz der Fälle refraktär finden. Die Psoriasis der Stirnhaargrenze läßt sich bei vorsichtiger Dosierung mit ausgezeichnetem Erfolge bestrahlen. Neben der Psoriasis wurden die günstigsten Erfolge bei Ekzemen gesehen, besonders den chronischen, nässenden Formen. Ferner waren die Erfolge gut bei Gewerbeekzemen. Während der Röntgentherapie wird jede medikamentöse Behandlung fortgelassen und die Haut nur mit einer dünnen Zinkpaste eingefettet. Gute Erfolge wurden ferner beim Lichen simplex chronicus Vidal erzielt. Jahrelang bestehende, derbe indurierte Plaques verschwanden nach mehreren Sitzungen; doch gibt es auch refraktäre Fälle. Zum Teil günstig werden durch Röntgenstrahlen auch die beiden Sykosusformen, die Sycosis parasitaria und Sycosis non parasitaria, beeinflußt. Das gleiche gilt von der Acne vulgaris. Davon eignen sich für Röntgenbestrahlung besonders die stark suppurierenden Formen mit zahlreichen eitrigen Pusteln, wie man sie besonders häufig auf dem Rücken sieht. Beim Pruritus universalis ohne nachweisbare anatomische Basis erzielt die Röntgenbestrahlung meist nur temporäre Besserung; das gleiche gilt von Pruritus vulvae. Bei der Hauttuberkulose mit ihren verschiede-

nen klinischen Varietäten hat die Röntgentherapie viel an Boden verloren. Zeigt aber ein Lupus stark wuchernde Granulationen (Lupus tumidus), so sind Röntgenstrahlen ein ausgezeichnetes Mittel, um diese sehr rasch zum Abflachen zu bringen und die Haut für die weitere Behandlung (Pyrogallol, Finsen etc.) vorzubereiten. Daß Epitheliome ein geeignetes Objekt für die Röntgenbehandlung darstellen, ist bekannt; jedoch werden die Erfolge nach Ansicht der Verfasser zu optimistisch beurteilt. — In einem Falle von Hidrocystadenoma tuberosum multiplex wurde ein ausgezeichneter Erfolg erzielt. — Was die Technik der Bestrahlung anlangt, so empfehlen die Verfasser ein vorsichtiges Vorgehen, um Schädigungen zu vermeiden. Wenn bei den von der Haut sicher vertragenen Dosen kein Erfolg gesehen wurde, wurde die Behandlung aufgegeben. Meist wurden die Burgerschen Therapieröhrchen benutzt, welche sich gut bewährten. Es wurde die fraktionierte Dosierung bevorzugt. Die flächenhaft ausgebreiteten Hautaffektionen, wie Ekzeme, Psoriasis etc., erhielten bei der ersten Sitzung ⅓ Erythemdosis, bei der zweiten Sitzung nach einer Woche wieder ⅓ und 14 Tage später das letzte Drittel. Nach 3—4 Wochen wird ein solcher Turnus wiederholt, dem unter Umständen auch noch ein dritter folgen kann. Diese Dosierung schließt fast mit Gewißheit die Möglichkeit einer Schädigung aus. Manche der genannten Krankheitsformen heilen schon nach ⅓ Volldosis ab. Werden energischere Effekte beabsichtigt, so werden auch halbe oder ganze Volldosen gegeben, wie bei Tuberculosis cutis, Lupus, Carcinom. Um Epilationen des Kopfes bei Favus und Mikrosporie zu erzielen, wurde immer ⁴/₅ Volldosis in einer Sitzung verabfolgt. R. L.

Chirurgische Therapie und Technik.

San.-Rat Dr. **Edmund Saalfeld** (Berlin): **Ueber Warzenbehandlung.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 50.)

Zur Beseitigung der Warzen stehen uns chemische und mechanische Mittel zur Verfügung. Am beliebtesten ist bei den Aerzten die Aetzung mit rauchender Salpetersäure. Für dieses Verfahren sind besonders die weichen Warzen geeignet, da die rauchende Salpetersäure starke Verhornungen weniger gut angreift. Man bringt mit einem zugespitzten Holzstab (Streichholz) einen kleinen Tropfen der Flüssigkeit auf die Warze und wartet die Einwirkung ab. Man sieht während dieser Behandlung die Warze unter den Augen schwinden, und das veranlaßt nicht selten den Ungeübten zu einer zu tiefen Aetzung, welche alsdann irreparable Narben hinterläßt. Es empfiehlt sich daher, die Aetzung lieber in verschiedenen Sitzungen vorzunehmen. Zum Schutze der Umgebung muß man jede Spur von Salpetersäure, die neben der Warze abläuft, mit Watte abtupfen. Noch besser aber ist es, die Warze mit einem Walle von Vaselin zu bestreichen, oder aber man legt auf die ganze Stelle ein Stück Heftpflaster, bei dem in der Mitte ein der Warze entsprechend großes Stück ausgeschnitten ist. Von anderen Mitteln kommt noch Eisessig oder Trichloressigsäure in Frage, die beide nicht so energisch wie die rauchende Salpetersäure einwirken. Bei ängstlichen Patienten kann man auch verschiedene ätzende Collodien anwenden, so in erster Reihe ein 20 proz. Salicylcollodium oder aber ein 5 proz. Sublimatcollodium. Man verschreibt diese Kompositionen mit Collodium elasticum und läßt dies zweimal täglich auftragen. Ferner kann man einen Arsenquecksilberpflastermull benutzen lassen. Von chirurgischen Verfahren ist in erster Reihe die Entfernung der Warzen mit der Cooperschen Schere zu erwähnen. Die Exzision mit einem Ovalärschnitt und nachfolgender Naht unter Lokalanästhesie kommt dann in Frage, wenn mehrere direkt nebeneinanderstehende Warzen sich zu einer größeren Warzenplaque ausgebildet haben.

Das Glüheisen zur Beseitigung von Warzen wird seit langer Zeit in Anwendung gezogen. Man benutzt entweder den Paquelin oder den Galvanokauter. Mit einem entsprechend großen Brenner wird die Warze wenige Augenblicke betupft und ist auf diese Weise radikal zu entfernen. Aber auch hier darf der Eingriff behufs Vermeidung von Narben nicht sehr tief gehen. Bei empfindlichen Patienten kann man sehr gut lokale Anästhesie in Form der Schleichschen Infiltration anwenden. Verf. zieht die Galvanokaustik der Thermokaustik vor. Erstens ist sie bequemer, außerdem aber kann man den Brenner einige Male ohne Strom auf die Warze auftupfen, um den Patienten an die Berührung zu gewöhnen. Hierbei wird natürlich kein Schmerz empfunden. Man schaltet dann den Strom durch Druck auf den Griff ein; die kleine Operation geht so schnell vor sich, daß die Patienten gar nicht erst zum Bewußtsein des Schmerzes kommen.

Sehr gute Resultae ergibt die Elektrolyse bei der Warzenbehandlung. Verf. schildert ausführlich die Details dieser Behandlung. Der Vollständigkeit halber erwähnt Verf. noch, daß es gelingt, Warzen durch Radium-, sowie Röntgenstrahlen zu beseitigen.

Ein Verfahren, das bei gestielten Warzen, namentlich solchen auf dem Kopfe, deren Aussehen dem von Acuminaten gleicht, beliebt ist, stellt das Abbinden der Warzen dar. Der Seidenfaden wird an der Basis der Warze fest umschlungen und nach einigen Tagen wird ein neuer Faden fester umgelegt. Bei diesem Vorgehen kommt allmählich eine Eintrocknung der Warzen zustande, und schließlich fällt die Warze ab.

Von den bisher geschilderten Warzen unterscheiden sich die Neubildungen, welche wir als Verrucae planae juveniles bezeichnen. Hier handelt es sich um kleine umschriebene Erhabenheiten auf den Händen und im Gesicht bei jugendlichen Individuen im Alter von ungefähr 15 bis 25 Jahren. Diese Warzen treten gewöhnlich multipel auf und zeigen oft einen gewissen Glanz, der an den von Lichen ruber-Knötchen erinnert. Anatomisch findet man hier eine umschriebene Verdickung der Epidermis ohne Beteiligung des Papillarkörpers. Die Verrucae planae juveniles können durch Konfluenz mehrerer nebeneinander stehender kleine Plaques bilden. Daß diese Warzen in gewissem Sinne ansteckend sind, konnte Verf. selbst in einem eindeutigen Falle beobachten. Die kleinen Gebilde haben nicht selten die Tendenz, spontan zu schwinden. Man soll daher nicht so aktiv vorgehen, zumal auch die interne Verabreichung von Arsen meist einen guten Erfolg ergibt. Man läßt von Sol. acid. arsenicos. 0,05 : 200,0 dreimal täglich einen Teelöffel nehmen und allmählich in bekannter Weise steigen. Ein jeder Teelöffel dieser Lösung enthält ein Milligramm Acid. arsenicos. Sollte diese Therapie wider Erwarten keinen Erfolg haben, so kann man zweimal täglich eine Einreibung von:

Rp. Resorcin 5,0
Spirit. saponato-Kalin ad 50,0
M.D.S. Aeußerlich

vornehmen lassen. Es tritt nach und nach eine Verkleinerung und schließlich völliges Schwinden der Warzen ein.

Unter dem Namen der seborrhoischen oder senilen Warzen verstehen wir umschriebene, geringe, plattenartige Erhebungen, die im Gesicht und auf dem Rücken, seltener auf der Brust bei älteren Leuten, sehr selten bei jungen Leuten, auftreten. Objektive Beschwerden werden durch diese Affektion nur bisweilen in Form von Jucken hervorgerufen. Aus den seborrhoischen Warzen hat man in vereinzelten Fällen Epitheliomen entstehen sehen. Wenn eine Behandlung der senilen Warzen überhaupt gewünscht wird, so kann man Schälmittel verordnen.

Stabsarzt Dr. **Arturo Balliano** (Genua): **Das partielle permanente Bad in lauem Chlorwasser.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1911, Bd. 76, H. 1.)

Verf. berichtet über die ausgezeichneten Erfolge, die Prof. Novaro in Genua mit dem permanenten Bad in lauem Chlorwasser (0,4 proz.) bei Rißquetschwunden mit oder ohne Knochenbruch, bei Osteoperiostitis, Phlegmone, Panaritien, eitrigen Sehnenscheidenentzündungen (nach vorgängigen Einschnitten, um den Eiterabfluß zu erleichtern) erzielte. Bei Wunden des Vorderarmes und der Hände bedient man sich zweckentsprechend eines Beckens, welches an dem einen Ende eine halbmondförmige Ausbuchtung mit nach oben offener Rinne besitzt, in welche die der Wunde nächstliegenden Körperteile zu liegen kommen. Auf den Boden des Beckens legt man einige Schichten Baumwolle und Gaze, auf welche der verwundete Teil gelegt wird. Nachdem man die Temperatur des Wassers, je nachdem es der Patient verträgt, gewählt hat (im allgemeinen 35—40° C.), erneuert man das Wasser alle drei bis vier Stunden und auch öfters, falls der wunde Teil sehr schmutzig oder die Sekretion sehr reichlich ist. Für die unteren Extremitäten ist die beste Form des Beckens die eines weiten Stiefels.

Das Verfahren mit dem Chlorwasserbad ist ebenso leicht als sicher und entspricht den Forderungen einer rationellen Wundbehandlung: es gewährt der Extremität Ruhe, schafft freien Abfluß der Sekrete und gestattet Antisepsis.

Das Bad lindert sehr schnell die bestehenden Schmerzen. Der Patient, auch in schlimmen Fällen, genießt bald eine angemessene Ruhe. Durch das Bad wird dem Entstehen von Schorfen vorgebeugt, den Sekreten freier Lauf gegeben und deshalb der Druck auf die Nerven und Papillen verringert. Die Desinfektion ist mehr dem freien Abgang der Sekrete als dem Chlor zuzuschreiben.

Dr. **Kielleuthner** (München): **Neuere Anschauungen über die Behandlung der Prostata-Hypertrophie.** (Beiträge zur klin. Chirurgie, 1911, Bd. 76, H. 3.)

Die neueren Anschauungen über die Behandlung der Prostata-Hypertrophie gipfeln darin, daß eine erfolgreiche Beeinflussung dieser so häufigen Erkrankung des Greisenalters in ihren Endstadien nur von einem chirurgischen Eingriff, der die Wurzel des Uebels beseitigt, erwartet werden darf. Die konservative Therapie, die das Leiden dieser Unglücklichen in ihren

Anfängen ja häufig mildert, ohne ihnen eine definitive Heilung bringen zu können, verliert immer mehr den Boden gegenüber den meist glänzenden Resultaten der radikalen, operativen Therapie. Es ist nicht zu bezweifeln, daß die weitaus größte Mehrzahl der Prostatiker ganz gut durchs Leben gehen kann, ohne sich je einem operativen Eingriff an der Drüse unterziehen zu müssen. Ist jedoch eine Gefahr fürs Leben gegeben, so dürfen wir nicht zögern, die Prostatektomie, die ein qualvolles Leiden beseitigt, anzuraten. Unsere Patienten sind nach der Operation nicht mehr den beständigen Gefahren ausgesetzt, die der immerwährende Katheterismus mit sich bringt; sie können ein normales Leben führen und werden wieder leistungsfähige Menschen sein. Wer gesehen hat, wie diesen Kranken jeglicher Lebensmut und jegliche Daseinsfreude geraubt ist, wer sie oft den Wunsch hat aussprechen hören, diesem unerträglichen Zustand ein gewaltsames Ende zu bereiten, der wird diese Operation als segensreiche Errungenschaft der Chirurgie des letzten Dezenniums ansprechen müssen, die der größten Verbreitung vollkommen würdig erscheint. Das ist der Standpunkt des Verfassers in dieser Frage. Im übrigen bespricht er noch einige diagnostische Punkte, die für den Erfolg der Operation von ausschlaggebender Bedeutung sein können. Fürs erste ist der Zustand der Niere und ihre Funktionsfähigkeit auf das genaueste zu prüfen. Nachdem weist er auf die Exaktheit der vorher gestellten Diagnose „Hypertrophie" gegenüber malignem Tumor hin; die Zukunft unserer Patienten hängt durchaus davon ab, da die Operationen von Carcinom und Sarkom der Drüse eine äußerst schlechte Prognose gegeben. Für sehr wichtig erachtet Verf. ferner die vor der Operation zu erwägende Frage, ob nach Entfernung der Prostata eine jahrelang maximal ausgedehnte Blase ihren Dienst wieder versehen wird. Schließlich wird die Technik der transvesikalen Methode (Freyer) eingehend besprochen, sowie die Vor- und Nachbehandlung der Patienten.

Kr.

Dr. **Peter Janssen** (Düsseldorf): **Die Versorgung der Blase nach Sectio alta.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Nach der suprapubischen Eröffnung der Blase, die gegenwärtig nicht nur zwecks Entfernung von Steinen und Fremdkörpern, sondern auch bei der transvesikalen Prostatektomie häufig ausgeführt wird, muß das Hauptbestreben sein, eine Blasenfistelbildung zu vermeiden, einen primären Schluß der Blasenwunde zu erzielen. Verf. bespricht ein Verfahren der Wundversorgung, welches dieses Ziel zu erreichen gestattet. Er bevorzugt die Durchtrennung der Haut in horizontaler Schnittführung, aber unterhalb der queren Unterbauchfalte. Die tieferen Bauchdeckenschichten werden in der Linea alba durchtrennt. Sehr empfehlenswert für die spätere Naht der Blase ist es, neben dem Abschieben der Peritonealfalte nach oben auch die Blase vor der Eröffnung des Organs seitlich zu mobilisieren. Um nun die Blase, die nach Reinigung mit Kochsalz- oder Borlösung angefüllt ist, ohne Beschmutzung des Operationsfeldes zu entleeren, sticht man sie zwischen zwei die Wand fixierenden Klauschiebern mit einem dicken Troikart an, über dessen weiblichen Teil ein langes Gummirohr gezogen ist, welches seitlich vom Operationstisch in ein tiefer stehendes Becken führt. Durch die Wandung dieses Gummischlauches hindurch wird der Stachel des Instruments eingesteckt bezw. herausgezogen. Die Blase wird dann der geringeren Blutung halber vertikal in der Mittellinie eröffnet. Um nun nach einer Prostataausschälung z. B. die Blutung zu beherrschen, empfiehlt es sich, einige Minuten lang die Gegend des Blasenhalses fest zu tamponieren, und zwar am besten mit einem Vioformgazebausch. Diese Tamponade wird nun weitergeführt dadurch, daß man von der Blase her einen weiten Pezzerkatheter mit nicht zu engen Oeffnungen durch die Urethra nach außen leitet. Dieser Katheter zieht zufolge seiner Konstruktion die ganze von der Prostata abgelöste Blasenmucosa in den durch die fehlende Drüse geschaffenen Wundtrichter hinein, preßt sie fest an die periprostatische Wundfläche an und komprimiert so dauernd die eröffneten kleinen Gefäße des Blasenhalses, wodurch eine vorzügliche Blutstillung erreicht wird. Gleichzeitig wird die Blase durch den Katheter dauernd drainiert. Die Blase selbst wird vollständig zugenäht, und zwar in zwei Etagen; die erste, mit Katgut ausgeführte Naht durchgreift die ganze Blasenwand ausschließlich der Mucosa, sie wird als unterbrochene Naht angelegt. Die zweite Naht greift nach Art der Lembertnaht die äußeren Muskelschichten und bringt die tiefere Naht zum Verschwinden. Sie wird mit feiner Seide angelegt, in den Fällen mit schwer infektiösem Blaseninhalt aber besser mit verzögert resorbierbarem Katgut (Kuhn), um nicht die Heilungsdauer durch Nahtabstoßungen zu verzögern. Die Drainage der suprapubischen Wunde wird nun so angelegt, daß man ein Glasdrain bis in die Nähe der Naht, nicht dieselbe berührend, einführt, und zwar am besten neben den Blasenhals. Als Drain benutzt man ein Kugeldrain, dessen kleine Kugel zahlreiche Oeffnungen aufweist, dessen Schaft aber keine Oeffnungen hat. Dieses Drain wird durch den unteren Winkel der durchtrennten Bauchmuskeln herausgeleitet, nicht aber durch die Hautnaht geführt, sondern durch ein Knopfloch der Haut oberhalb der Symphyse. Um subkutane Blutansammlungen zu vermeiden, rät Verf., in jedem Falle für die ersten 2—3 Tage das subkutane Gewebe zu drainieren, indem man zu beiden Seiten der Mittellinie ein 3—4 cm langes Glasdrain einlegt. Es folgt dann die Naht der Bauchmuskulatur durch Knopfnähte, welche Fascie und Muskulatur durchgreifen, während eine Lembertnaht der Fascie die erste Etagennaht versenkt. Dann wird die Hautnaht geschlossen. Den Katheter soll man nach Verf. 12—14 Tage in der Blase belassen; sollte er sich inkrustieren oder herausgleiten, so wird er durch einen Seidenkatheter mit Mercierkrümmung ersetzt. Auch die Drainage des prävesikalen Raumes läßt man so lange liegen, bis der Zeit nach die feste Vereinigung der Blasenwunde erwartet werden kann.

R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 24. Januar 1912 (Schluß).

Gegenwärtiger Stand der Lungenchirurgie.

Herr **W. Körte**: Das Röntgenverfahren erleichtert in erheblichem Grade die Diagnose der Lungenaffektionen; ferner bedeutet die Einführung des Druckdifferenzverfahrens einen großen Fortschritt für die chirurgische Behandlung, da der bis dahin gefürchtete Pneumothorax durch dasselbe sicher ausgeschaltet wird. Man unterscheidet das Unterdruckverfahren, bei dem der Körper des Patienten mit Ausschluß des Kopfes unter einen verminderten Atmosphärendruck gesetzt wird; ferner das Ueberdruckverfahren, bei dem nur der Kopf des Patienten sich unter Ueberdruck befindet. Letzteres Verfahren ist weniger umständlich und billiger, daher wird es vorzugsweise angewandt. Weitere Sicherheit für die Lungenchirurgie bieten die Anwendung der Gummihandschuhe, die schnelle Alkoholdesinfektion und der ausgedehntere Gebrauch der Lokalanästhesie.

Putride Lungenaffektionen und Lungenabscesse lassen sich nicht streng trennen. Die Indikation zum chirurgischen Eingriff ist hier unbestritten, wenn bei Abscessen auch spontane Heilungen vorkommen, so daß man unter Umständen berechtigt ist, einen abwartenden Standpunkt einzunehmen. Bei putriden Prozessen kann man indes nicht früh genug eingreifen; leider ist die Diagnose trotz aller physikalischen Untersuchungsmethoden einschließlich des Röntgenverfahrens nicht immer mit Sicherheit zu stellen. Pleuraverwachsungen haben nicht mehr die große Bedeutung, die man ihnen zugeschrieben hat. Das Druckdifferenzverfahren gestattet mit der Hand einzugehen, zu palpieren und die Naht anzulegen. Wichtig ist es, daß man das Thoraxfenster recht groß macht, damit man in der Tiefe Eingriffe vornehmen kann. Nach Entfernung des Eiters tritt oft die Heilung in glatter Weise ein. Kann man die Höhle nicht finden, dann inzidiert man die Lunge und tamponiert, worauf in manchen Fällen der Absceß nach dieser Stelle durchbricht. Das Tuffiersche Kompressionsverfahren hat keinen Beifall gefunden. — Die Bronchektasien sind meist sehr schwierig zu diagnostizieren. Von Wichtigkeit ist es zu wissen, ob nur eine Lunge erkrankt ist oder beide, oder ob nur in einem Lappen eine größere Höhle vorhanden ist. Eine Resektion ist nur anzuwenden, wenn die Bronchiektasie sich nur auf einen Lappen erstreckt. Trotz vorsichtigen Vorgehens hat Vortr. große Resultate bei den Bronchiektasienoperationen nicht erzielt. Es gibt zwei üble Zufälle bei der Operation: das Lungenflattern und das Flattern des Mediastinum einerseits, die deswegen unangenehm sind, weil sie tötliche Blutungen hervorrufen können; andererseits das Eintreten von reflektorischen Atembewegungen. Diese Vorkommnisse fallen aber nicht der Operationsmethode zur Last, sondern hängen mit der Konstitution und der Ausbreitung der Krankheitsherde in der Lunge zusammen.

Lungenverletzungen sind bis in die letzten Dezennien im wesentlichen konservativ behandelt und auf diese Weise in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zur Heilung gebracht worden. Es gibt aber zwei Indikationen zum chirurgischen Eingriff: den Spannungspneumothorax, der zum Emphysem führt, und die intrathorakale Blutung. Auch bei subkutanen Verletzungen (durch Pufferquetschungen, Ueberfahrungen, Sturz aus großer Höhe) kommen schwere Risse der Lungen mit lebensbedrohenden Erscheinungen vor, die zuweilen durch einen chirurgischen Eingriff noch geheilt werden können. Notwendig ist es jedoch, bei allen chirurgischen Eingriffen die Indikation streng zu begrenzen. Seine Erfahrungen über die anderen Affektionen der Lungen kann Vortragender wegen vorgerückter Zeit nicht mehr wiedergeben und wird sie daher zu Protokoll geben.

Sitzung vom 31. Januar 1912.
Vorsitzender: Herr Orth.

Der **Vorsitzende** widmet den beiden verstorbenen Mitgliedern der Gesellschaft San.-Rat Dr. Jastrowitz und Prof. Pagel ehrende Worte des Gedenkens. (Erheben von den Plätzen.)

Vor der Tagesordnung:

Herr **Peltesohn** demonstriert ein 8 Monate altes Kind mit **zahlreichen Mißbildungen** (spontane Amputation eines Fingers, amniotische Abschnürungen an beiden Händen, doppelseitiger Klumpfuß, Verwachsungen und amniotische Abschnürungen an den Zehen). Hervorzuheben ist eine interessante bisher noch nicht beobachtete Anomalie am oberen Ende des linken Unterschenkels, bestehend in einer ringförmig verlaufenden Schnürfurche, die zu einer Läsion des N. peroneus geführt hat. Die Therapie wird darauf gerichtet sein, operativ den N. peroneus vom Druck der Furche zu befreien, späterhin durch redressive Maßnahmen den Klumpfuß zu heilen, dann eventuell durch Nerven- und Muskelüberpflanzung ein befriedigendes Resultat zu erreichen.

Tagesordnung:

Diskussion über den gegenwärtigen Stand der Lungenchirurgie.

Herr **Karewski** vertritt hinsichtlich des akuten Lungenabscesses seinen von der Fränkelschen Anschauung abweichenden Standpunkt und verlangt, daß der akute Lungenabsceß, sobald er klinisch sicher festgestellt ist, operiert werden soll. Denn 1. ist es möglich, den akuten Lungenabsceß durch eine leichte Operation dauernd, schnell und radikal zu heilen; 2. hat der akute Lungenabsceß die fatale Eigenschaft, gelegentlich nach der Peripherie der Lunge durchzubrechen und ein Empyem zu verursachen, wodurch ungünstige Verhältnisse für die Heilung geschaffen werden. Es resultieren hartnäckige Sekretionen und die unangenehme Emphysemfistel mit ihren fatalen Folgen. Wichtig ist es in allen Fällen von Empyem, die man operiert, aufs sorgfältigste festzustellen, ob nicht ein Durchbruch zustande gekommen ist. Hat man dieses nachgewiesen, dann ist es ein leichtes, diese Verhältnisse mit Hilfe einer ausgiebigeren Rippenresektion zu ändern. — Ein weiterer Grund zur Operation liegt in dem Umstande, daß sich nicht selten im Anschluß an einen Lungenabsceß Bronchiektasien entwickeln, die überaus schwer zu heilen sind. Was bisher von der operativen Therapie der Lungenphthise publiziert worden ist, erscheint nicht sehr ermutigend; der künstliche Pneumothorax wird vielfach für einen allzu harmlosen Eingriff gehalten; man hat wenig von üblen Zufällen gehört und doch sind solche tatsächlich vorgekommen. Redner selbst hat drei Fälle von Pyopneumothorax operiert, die auf der Basis der künstlichen Eintreibung von Luft in den Pleuraraum entstanden sind. Die Thoraxresektion stellt einen kolossal großen Eingriff dar, der nur unternommen werden sollte, wenn alle anderen Mittel versagt haben; angebracht ist sie, wo es sich um tuberkulöse Emphysemfisteln handelt. K. bedauert, daß die Redner ihre Erfahrungen über Aktinomykose, Echinococcus und Carcinom der Lunge nicht mitgeteilt haben. Die operativen Resultate bei Aktinomykose sind zwar im allgemeinen schlecht, hier und da gelingt es aber doch, einen Fall durch Operation zur Heilung zu bringen.

K. verfügt selber über einen geheilten Fall von Lungenaktinomykose, den er vor 13 Jahren operiert hat und der jetzt gesund und arbeitsfähig ist. (Vorstellung.) Er hat nachweisen können, daß Leute, die trotz der Operation gestorben sind, nicht an der Lungenaktinomykose, sondern an den multiplen Metastasen zugrunde gehen. Diese können bei frühzeitiger Operation vermieden werden. Schwierigkeiten hat es allerdings, die ersten Herde festzustellen. Bei Lungenherden, an ungewöhnlicher Stelle, mit chronischem Verlauf, die häufig für Tuberkulose gehalten werden, obwohl nie Tuberkelbacillen gefunden worden sind, sollte man an Aktinomykose denken. Aehnlich verhält es sich mit Lungenechinococcus. Dieser wird häufig ausgehustet und heilt dann völlig aus. Nicht selten kombiniert sich aber mit Lungenechinococcus eine sekundäre Infektion, welche die Patienten in einen miserablen Zustand bringt und oft für Tuberkulose gehalten wird. Glücklicherweise deckt hier das Röntgenverfahren den wahren Zustand auf. Auch das Lungencarcinom wird oft lange Zeit für Tuberkulose gehalten. Bei frühzeitiger Erkennung dürfte vielleicht die Operation etwas zu leisten imstande sein. Was das Ueberdruckverfahren betrifft, so bedarf man seiner selten, es ist aber bequem und vorteilhaft, einen Apparat zur Hand zu haben, um sich seiner bei Bedarf zu bedienen. Die Lungenchirurgie ist indes nicht mit dem Ueberdruckverfahren geboren und dürfte durch letzteres nicht wesentlich gefördert werden. Wichtiger ist es, daß bei Bekämpfung der Lungenaffektionen Internisten und Chirurgen zusammenarbeiten.

Herr **Stieda** (Halle) berichtet über acht an der Bramannschen Klinik nach Freund operierte Fälle von Lungenemphysem. Vier Fälle wurden doppelseitig und vier einseitig operiert; alle Fälle sind nach der Operation geheilt. Die Operation bestand in Chondrektomie an der 2. bis 5. Rippe mit partieller Resektion des angrenzenden Teiles des Knochens. Nach der Operation wurde eine Zunahme der Vitalkapazität der Lungen und Abnahme der Residualluft durch Spirometrie nachgewiesen. Großer Wert wurde bei der Operation darauf gelegt, daß das hintere Perichondrium und Periost aufs sorgfältigste entfernt wurde, ohne daß ein Pneumothorax entstand. Bei einem 4½ Jahre nach der Operation an Lungentuberkulose Verstorbenen zeigte sich, daß die Rippen mobil geblieben waren.

Herr **Külbs** gibt eine Uebersicht über 40 Fälle von Lungenaffektionen, die von 1903—1910 teils mit, teils ohne Operation an der Münchener Klinik behandelt worden sind. Absceß und Gangrän der Lunge zu trennen, ist nicht immer möglich gewesen; auch gelang es nicht immer mit der Röntgenuntersuchung die lokale Herddiagnose zu stellen. Bei der Operation bediente er sich meist der Lokalanästhesie; das Rippenfenster wurde immer möglichst groß (über 4—5 Rippen hinweg) angelegt. Bei Oberlappenabscessen wurde interskapular operiert und dabei das untere Drittel der Skapula fortgenommen. Temperatur und Sputum gaben ihrer Intensität nach kein sicheres Zeichen ab für die Ausbreitung der Erkrankung.

Herr **Stabel**: Ein noch nicht erwähnter operativer Eingriff an der Lunge ist die Stillung einer Blutung in einer Lungenkaverne, welche zuerst von Schlange empfohlen wurde. Von der dritten Rippe werden 6—8 cm reseziert; nach Eröffnung der Pleura werden die Verwachsungen stumpf gelöst, die Lungenspitze freigelegt und der Hohlraum ausgestopft. Eine weitere Blutung findet nicht mehr statt und auch der tuberkulöse Prozeß wird durch das Eingreifen günstig beeinflußt. — Wegen starren Thorax und Emphysem hat S. dreimal die Freundsche Operation ausgeführt. Der eine jetzt 48 jährige Patient, der vor vier Jahren operiert wurde, war völlig arbeitsunfähig. Nach der Operation wurde die Atmung merklich leichter und Patient versieht seitdem mit geringer Unterbrechung seinen 12 stündigen Tagesdienst auf der Bahn. Die Atmungsdifferenz beträgt jetzt 3,5 cm (früher 1 cm). Zur Operation der anderen Seite, die zweifellos weitere Vorteile verspricht, entschließen sich die Patienten nicht leicht. In einem Falle von ausgedehnter eitriger Bronchitis wurde auf Drängen des Internisten die Operation auf beiden Seiten in einer Sitzung ausgeführt. Er endigte letal am dritten Tage nach der Operation durch Perforation der Pleura. S. warnt daher dringend, die zweiseitige Operation in einer Sitzung vorzunehmen.

Herr **Hessmann** empfiehlt zur Lokaldiagnose von Hohlräumen in der Lunge stereoskopische Röntgenbilder neben den unbedingt notwendigen Orientierungsaufnahmen anzufertigen.

Herr **Rosenthal** hat an Tierversuchen festgestellt, wie weit man in der Resektion der Lunge gehen kann. Bei einem Hunde konnte er die ganze linke Lunge entfernen, ohne daß das Tier einging. Durch Unterbindung der Lungenarterie und Lungenvene vermochte er beim Tiere eine völlige Schrumpfung der Lunge zu erzielen.

Herr **M. Wolff** hat durch Tierexperimente versucht, sich von der Wirkung der Lungenkompression zu überzeugen. Die Tiere standen unter künstlicher Sauerstoffatmung. Ein Teil der Tiere vertrug erhebliche Mengen Stickstoff ganz gut (700 ccm innerhalb 6—7 Wochen). Die Sektion ergab, daß die komprimierte Lunge luftleer war; mikroskopisch zeigte sich eine intraalveolare Zellwucherung. Ein erheblicher Teil der Tiere ging aber unmittelbar nach der Injektion zugrunde, ohne daß größere Stickstoffmengen zugeführt worden waren. Es handelte sich hier um Lufteintritt in das Gefäßsystem. Dieser üble Zufall dürfte sich beim Menschen auch nicht immer vermeiden lassen. Daher hält W. das Verfahren nur Ultimum refugium bei vorgeschrittener Phthise in einer beschränkten Zahl von Fällen für anwendbar. Die Forderung, den künstlichen Pneumothorax nur bei einseitiger Tuberkulose anzuwenden, wird sich selten realisieren lassen. Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 19. Februar 1912.
Vorsitzender: Herr Kraus.

Tagesordnung:

Die Behandlung der Kehlkopftuberkulose.

Herr **Killian** (a. G.): Welche Stelle nimmt die Kehlkopftuberkulose gegenüber der Infektion ein? Durch Römer u. a. ist festgestellt, daß die Infektion im Kindesalter erfolgt; hier entsteht in den Drüsen ein Herd, von dem aus die Bacillen den Körper überschwemmen und ihm Immunität verleihen. Es kommt aber auch durch Krankheit, Schwangerschaft, Blutung gelegentlich zur Schwächung, so daß eine Infektion von alten Herden aus eintritt. Sie tritt am ehesten an Stellen auf,

in denen die Zirkulation träger ist, Knochenmark, Lungenspitzen (besonders rechts), zumal bei ungünstigem Verhalten der ersten Rippe. Erst wenn der Lungenherd offen ist, wenn das Sputum Tuberkelbacillen enthält, ist die Infektion des Kehlkopfes möglich. Albrecht hat in Tübingen am Kaninchenkehlkopf Versuche angestellt. Er rieb mit einer rauhen Sonde Bacillen an einer Stelle des Larynx ein, wo eine leichte Läsion entstand, und erzeugte so mit Sicherheit jedesmal lokale Tuberkulose. Ebenso ist es beim Menschen. Gelegenheit zur Ansiedelung der Bacillen gibt es im Larynx genug. Der Kehlkopf ist von allen Luftwegen das beweglichste Organ. Am meisten hat er zu leisten, ist am häufigsten krank und die Katarrhe haften in ihm am längsten.

Ein Fortschritt ist dadurch gekommen, daß wir jetzt ein größeres Gebiet zu überschauen imstande sind; gerade dort spielen sich die ersten Erscheinungen ab; die hintere Larynxwand, die Hinterfläche des Cavum laryngis, kann man erblicken, wenn man vor dem Kranken kniet und den Kopf zurückbeugen läßt. Die Hebung des Kehldeckels, das Eingehen in den Larynx zum Heben des Taschenbandes, lokale und allgemeine Anästhesie (Morphium, Pantoponinjektionen vor der letzteren), die Untersuchung mit Hilfe des Sonnenlichtes, schließlich die seit zwei Jahren eingeführte Untersuchung mit dem 2½ fach vergrößernden astigmatischen Spiegel von Brünings' haben die Diagnostik dieses Leidens erheblich gefördert.

Danach sichtet das Material sich in verschiedene Gruppen; zur ersten gehören Fälle, die heiser sind. Als sichere Annahme gilt vielfach, daß heisere Phthisiker an Kehlkopftuberkulose leiden. Aber auch ein Phthisiker kann Polypen, hysterische Aphonie oder Katarrh haben. Dann gibt es heisere Kranke, bei denen wir Defekte, Narben, aber keine wirkliche Tuberkulose finden. Der Prozeß ist ausgeheilt; das kommt spontan wie auf therapeutischem Wege vor. Luftkuren in den Heilstätten führen oft zu Spontanheilung. Dann führt lange Enthaltung vom Sprechen zu mangelnder Intension der Stimme; hier und auch sonst ist nur richtige Stimmübung nötig. — Dazu kommt der Verdacht, den der laryngoskopierende Arzt oft empfindet; eine kleine Veränderung imponiert leicht als Primäraffekt. Das Tuberkelknötchen ist oft nicht mit bloßem Auge zu sehen. Höchstens an Stimmlippen mit ihrer durchsichtigen Schleimhaut ist es auf dem weißen Hintergrunde früh zu sehen. Fraglich bleibt, ob es sich gerade um ein einzelnes Knötchen handelt. Vortr. nimmt also ein Latenzstadium an.

Der Kehlkopf jedes spukenden Kranken ist mit Mißtrauen zu behandeln. Wenn ein solcher Herd sich nur etwas vergrößert — meist handelt es sich um ein Konglomerat von Knötchen — kommt es zur Schwellung und Verfärbung der Oberfläche, besonders an den am meisten in Anspruch genommenen Teilen, Stimmlippen und hinterer Larynxwand. Die ersteren müssen sprechen, vibrieren zudem bei jeder Atmung, beim Schlucken und Abschluß gegen Speisen. Solche kleinen Veränderungen an der Hinterwand muß man oft exzidieren, um genau zu sehen. Oft werden sie erst im Sanatorium entdeckt und sind dort durch Allgemeinbehandlung zum Schwund zu bringen (Rumpf). Sonst sind sie auch auf andere Weise leicht zu beseitigen.

Häufiger sind aber fortgeschrittene Prozesse, Infiltrate und Ulcerationen an verschiedenen Stellen. Was macht man mit kleineren und zerfallenden Infiltraten? Diese Veränderungen beziehen sich nur auf den Larynx, die Partie über den Stimmlippen. Subglottische Prozesse sind selten; es kommt nur zu Veränderungen an den Stimmlippen, die sich nach abwärts fortpflanzen. Denn der untere Kehlkopfraum ist nicht beweglich. Zunächst ist die Heilstättenbehandlung sehr wichtig; sie schafft die generellen Vorbedingungen der Heilung und erhöht die Widerstandskraft. Von Wert ist ferner die Schweigekur, die in Sanatorien viel in Gebrauch ist. Spricht der Kranke nicht, so steht nicht etwa der Kehlkopf still; zumal beim Husten bewegt er sich. Aber der Erfolg des Schweigens ist groß; freilich für manche Leute, besonders Frauen, ist es mißlich, macht sie nervös.

Eine Reihe von Maßnahmen gehört nach Grünwald zur Oberflächenbehandlung, z. B. das Hineinblasen und -tropfen trifft nur die Oberfläche. Anders ist die Milchsäurebehandlung, die oberflächliche Schorfe erzielt. Es wird durch Reibung lockeres Gewebe entfernt; die Aetzung zerstört infektiöses Gewebe; es resultiert oberflächliche Vernarbung, die lange und oft für immer anhält. Von Wert ist die Heringsche Curette oder zur Entfernung hervorragender Teile die doppelte Curette; hinterher wird mit Milchsäure gebeizt. Noch gründlicher ist der Galvanokauter; fast jede Infiltration ist recht weit von krankem Gewebe umgeben. —

Dazu kommt die Tuberkulinbehandlung; wie weit sie auf den Larynx wirkt, ist schwer zu sagen. E. Meyer hält viel von ihr.

Zwei Faktoren sind moderner: 1. Sonnenlicht, 2. die Röntgenstrahlen. Nach Albrecht und Brünings bewirkt die Wärmestrahlung des ersteren Hyperämie; die Stimmlippen werden rot; das wirkt günstig; dazu kommen allgemeine Faktoren, Höhenklima, Luft; der Hauptwert besteht darin, daß ein Spiegel nach Garciascher Manier das Licht in den Mund wirft und in dem Kehlkopfspiegel der Patient die Wirkung beobachten kann; auch die psychische Wirkung ist von Wert. Brünings versuchte die Röntgenstrahlen mit Hilfe seiner Handlampe direkt einwirken zu lassen; aber das Verfahren ist mühsam und die Kranken halten es nicht lange genug aus; schon etwas herabrieselnder Speichel stört die ganze Anordnung. Dann versuchte man die Röntgenbestrahlung von außen. Sie kann tatsächlich tuberkulöse Herde heilen; man benutzt dazu ein Filter. Meist hört man aber nur von Besserungen.

Die großen Infiltrationen und großen Ulcerationen sind ein weiteres Stadium; sie sind oft sehr kompliziert. Wir täuschen uns oft über die Ausdehnung des Prozesses. Man sieht ja alles im Spiegel nur in perspektivischer Verkürzung. Oft werden Polypen vorgetäuscht. Am Kehldeckel sitzen oft große Infiltrationen ohne Neigung zum Zerfall. Dann gibt es Ulcerationen im Bereiche des Ventrikels; es kommt sogar zum Prolaps des Ventrikels.

Therapeutisch erstrebt man die Reinigung und Verkleinerung des Geschwürs; auch die Heilung ist durch Aetzung möglich. Erst in neuerer Zeit — 1907 — leitete Grünwald eine erfolgreiche Behandlung mit seinem galvanokaustischen Tiefenstich ein. Schon früher haben andere Autoren, auch Vortr., ähnlich behandelt; aber er sah einmal sofort darauf eine miliare Aussaat; auch Krieg sah schon gute Erfolge. Ein glühender Spitzbrenner wird in die infiltrierten Stellen versenkt, soweit, als nach aller Berechnung die Infiltration reicht; man verbrennt einen Teil des tuberkulösen Gewebes; aber noch ein ganzes Gebiet wird verschorft. Dann kommt noch die Hitzewirkung auf das Nachbargebiet, schließlich auch auf die entfernteren Partien und die Hyperämie. Unter Umständen erstreckt sich die Wirkung auf ¼ bis ½ cm im Umkreis und in die Tiefe. Die Reaktion ist entsprechend stark; es gibt Rötung und Oedem; das geht aber nach 2—3 Tagen zurück. In der Mitte gibt es eine Delle; diese schrumpft ein. Der Erfolg eines einzigen Stiches ist eklatant. Grünwald beschränkt sich auf 2 Stiche, Siebenmann (Basel) mutet dem Larynx weit mehr zu und sah einige glänzende Heilungen, mußte aber auch zuweilen tracheotomieren. Das ist zu vermeiden. Meist ist eine Reihe von Sitzungen nötig. Die Injektionen nach Moritz Schmidt eignen sich nur für ödematöse Stellen. Die Curette ist bei schweren Fällen geeignet; zuweilen wirkt die Amputation des Kehlkopfes günstig.

Die rapide fortschreitenden tuberkulösen Panlaryngitiden sind die schlimmsten; sie stellen eine einzige Geschwürsfläche dar. Hier gilt es, Linderung zu schaffen und das Schluckweh zu bekämpfen. Am besten sind schmerzstillende Pulvereinblasungen jedesmal nach dem Essen (Orthoform, Anästhesin) oder Stauung oder Kokaininjektionen in den Nervus laryngeus superior bezw. Resektion desselben, schließlich die Gastrostomie.

Außer der Impftuberkulose gibt es noch eine miliare Form; sie war am meisten in der ersten Tuberkulinära zu finden. Hier muß man abwarten. Hämatogen sind Fälle, die als Perichondritis, meist sekundär, auftreten. Es gibt auch Osteomyelitis tuberculosa des Larynx. Durch den Eiter wird die Schleimhaut vorgewölbt, z. B. soweit der Schildknorpel dem Larynx anliegt. Es entsteht auch manchmal eine Fistel. Oft kommt es zu Schwellungen im subglottischen Raum. Hier ist ein Eingriff von außen nötig; derselbe ist sehr dankbar. Besserung und Heilung erzielte Vortr. durch Freilegung und Ausräumen der kranken Partien.

Die Tracheotomie ist nötig, wenn der Prozeß zur Verhinderung der Atmung führt; meist wirkt sie schlecht; nur selten gibt es Besserung und Reinigung der Geschwüre; selbst die Lungenprozesse können ausheilen.

Die Laryngofissur ist eine große Zumutung für den Kranken. Grünwald will auf diesem Wege zwar das Kranke herausschälen, aber oft erfolgt Infektion der Wunde. Die Totalexstirpation kann man einem solchen Kranken von vornherein nicht zumuten. Wünschenswert ist eine Methode, die den Kehlkopf dem Auge noch zugänglicher macht und das Kranke exakt entfernt. Das ist die Schwebelaryngoskopie. Man wendet sie an, nachdem der Kranke schläfrig gemacht ist, unter lokaler Anästhesie bei hängendem Kopfe; die Hände sind beide frei; ein Spatel wird nach Brünings in das Kehlkopfinnere geführt.

Auch außerhalb des Kehlkopfes muß man wirken; die Nasenatmung muß in gute Verfassung gebracht werden; die Heilstättenbehandlung wird immer unentbehrlicher. Bei Darmtuberkulose, Diabetes, Lues und Schwangerschaft leidet auch die Behandlung der Kehlkopftuberkulose. Letztere ist in Sanatorien in vielen Fällen bei entsprechender Behandlung heilbar; daher sollten die Anstaltsärzte sich mit der einfachen

Larynxtechnik und Therapie beschäftigen. Die Rolle der Laryngologen ist seit den Erfolgen der Tuberkulintherapie eine viel bescheidenere geworden.

Diskussion:

Herr **Silberstein**: Gerade die Infiltrate der hinteren Wand werden leicht übersehen. Spontanheilungen sind hier sehr häufig, Polypragmasie vom Uebel. Redner empfiehlt die Kuhnsche Maske. Die Milchsäure soll möglichst verdünnt (20 proz.) zu Anfang benutzt werden. Orthoform ist ungeeignet.

Herr **E. Meyer** empfiehlt bei den poliklinischen Kranken, die sich eine Allgemeinbehandlung meist nicht leisten können, die Tuberkulinbehandlung, die sie nicht arbeitsunfähig macht.

Herr **Peyser** empfiehlt das Orthoform dringend. Nach Freudenthal wird es in 15 proz. Lösung in Gummi und Eigelb gegeben. Es haftet fest; die Wirkung hält stundenlang an.

Herr **Halle**: Bei Katarrh kann man den Kehlkopf nicht zu oft untersuchen. Anämie, Schwellung der Schleimhaut, Epithelverdickung erwecken Verdacht. Therapeutisch muß man möglichst radikal vorgehen. Große Infiltrate sind durch Resektion und Kauterisieren mit Erfolg zu behandeln.

Herr **Kraus** spricht für die Tuberkulintherapie; er empfiehlt die sensibilisierte Bacillenemulsion. Seine Eindrücke waren recht gut. Freilich ist der Kreis der geeigneten Fälle klein und oft kommen ganz plötzlich in Lunge und Kehlkopf neue Nachschübe, denen man machtlos gegenübersteht.

Herr **Killian**: Schlußwort. Mode.

---

83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Karlsruhe vom 24.—30. September 1911.

(Fortsetzung und Schluß.)

Abteilung für innere Medizin.

4. Sitzung vom Donnerstag, den 28. September, vormittags.

Vorsitzender: Herr Müller (Karlsruhe).
Referent: Herr K. Reicher (Berlin).

Herr **M. Hedinger** (Baden): **Ueber die Wirkungsweise von Nieren- und Herzmitteln bei menschlichen Nierenkrankheiten.**

In Bestätigung früherer Tierversuche sah H. bei Nierenerkrankungen mit überempfindlichen Nierengefäßen (Schlayer) eine außerordentlich starke Wirkung von Diureticis selbst in kleinsten Dosen (½ g Diuretin oder 0,1 Digipuratum). Bei Nephritiden mit stärkeren Gefäßschädigungen und Oligurie ist die Anwendung von Diureticis besonders oft erforderlich. Es gelingt hier in einer großen Zahl von Fällen durch kleine tägliche Gaben von Diureticis (0,5 Diuretin, 0,1 Theocin, 0,1 Digipuratum) in einigen Tagen die Höhe der Wasserzufuhr zu erreichen, ja übersteigen zu lassen. Es schließen sich häufig Zeiten mit Polyurie ohne weitere Anwendung von Diureticis an, so daß man den Eindruck gewinnt, es hätten die Diuretica den schwereren Grad der Nierengefäßschädigung in den leichteren, den der Ueberempfindlichkeit, übergeführt. Prognostisch ist eine solche prompte Wirkung der Diuretica als ein günstiges Zeichen anzusehen. Ein anderer Teil oligurischer Nephritiden reagiert erst auf größere Mengen von Diureticis und nur während der Zeit ihrer Verabreichung. Wir haben es hier mit einem Torpor der Nierengefäße (Schlayer) zu tun. Prognostisch hat man mit mehr oder weniger baldigem Versagen der diuretischen Wirkung zu rechnen.

Die prognostisch ungünstige Gruppe bilden die Fälle mit ausgeprägten urämischen Symptomen, bei denen selbst große Mengen der gebräuchlichen Diuretica keine oder nur eine minimale Reaktion auslösen können. Das völlige Versagen der Nierengefäße führt bald zum Exitus. Die Digitaliskörper erweisen sich wie beim Tier als peripher wirkende Diuretica. Den Untersuchungen liegt das Material der v. Rombergschen Klinik zugrunde.

F. Loening (Marburg): **Uzara in seiner Wirkung auf den überlebenden Darm und auf überlebende Blutgefäße nebst Bemerkungen über die Bedeutung des Sauerstoffes für die Aufrechterhaltung des normalen Gefäßtonus.**

Uzara, ein altes afrikanisches Geheimmittel gegen Dysenterie, hat sich auch in Deutschlands als brauchbares Antidiarrhoicum bewährt. An ausgeschnittenen noch lebenden Darmstücken vom Frosch, Kaninchen und Kalb ließ sich eine direkte beruhigende Wirkung des Mittels durch Sistierung der Pendelbewegungen und Erhöhung des Tonus der Darmstücke nachweisen, doch ist es zweifellos, auch indirekt durch Vermittlung des Nervensystems wirksam. Die Wirkung ähnelt sehr der des Adrenalins und scheint auf einer Reizung der intestinalen hemmenden Splanchnicusendigungen zu beruhen. In stark verdünnter Lösung hat Uzara auch an überlebenden Arterienwandstreifen eine deutliche Zunahme des Gefäßmuskeltonus zur Folge, vorausgesetzt, daß gleichzeitig genügend Sauerstoff vorhanden ist. Letzterer ist auch für die Wirkung von Digalen, Secale, sowie für die Aufrechterhaltung des normalen Gefäßtonus von ausschlaggebender Bedeutung. Sauerstoffmangel (durch Zusatz reduzierender Substanzen, Versuche mit Kohlenoxydblut) führt alsbald eine Vasodilatation herbei.

Herr **Th. Christen** (Bern): **Neue Untersuchungen über Pulsmechanik.**

Chr. verteidigt sich gegen die Einwände, daß durch sein Energometer das Problem der dynamischen Pulsdiagnostik nicht gelöst sei.

Sein Energometer arbeite unabhängig vom Volumen des Druckraumes, während Sahlis Bolometer um so höhere Werte gibt, je größer der Druckraum ist. Das Energometer mißt die ganze vom Pulse gegen den Manschettendruck geleistete Arbeit E. Diese setzt sich aus zwei Komponenten zusammen, nämlich aus der Arbeit C für die Kompression der Manschettenluft und der Arbeit S für die elastischen Deformationen der Weichteile $E = C + S$. Daher fällt der Arbeitswert beim Bolometer um 30—50 pCt. zu klein aus. Münzers Apparat, der bloß C (nicht E) mißt, läßt bei Zunahme des Körpergewichtes eine Vergrößerung des Arbeitswertes nicht erkennen; da nämlich infolge der größeren Weichteilmassen nach Gewichtszunahme S auch wächst, so bleibt $C = E - S$ ungefähr konstant.

Auf Grund des Energometerprinzips wird die mechanische Energie des Pulsstoßes gemessen, die bisher der Kliniker bloß schätzungsweise mit dem palpierenden Finger beurteilen konnte. Die Energiewerte werden aber untereinander erst vergleichbar, wenn man sie zu dem Körpergewicht in Beziehung setzt. Da ist nun die spezifische Füllung des Pulses gleich der absoluten Füllung dividiert durch das Körpergewicht. Eine Vermehrung dieser Größe ist als pulsatorische Plethora, eine Verkleinerung als pulsatorische Ischämie zu bezeichnen.

Die spezifische Hebung ist gleich der Intensität (in g/cm) dividiert durch das Körpergewicht (in kg). Wir erhalten so pulsatorische Hyperintensität und -insuffizienz.

Herr **Schneider** (Albertsberg) bestätigt die günstigen Erfahrungen Schröders bezüglich der **Tuberkulinbehandlung** bei schweren und prognostisch ungünstigen Fällen von Tuberkulose. Einen Anhaltspunkt für schlechte Prognose bietet dem Vortr. konstante starke Pulsbeschleunigung. Vorgeschrittene Fälle mit starker Tachykardie lassen sich am wenigsten beeinflussen.

Diskussion:

Herr **Schröder** (Schömberg) freut sich, seine Erfahrungen bestätigt zu sehen. Er rät, auch weiterhin kleinste Tuberkulindosen in längeren Zwischenräumen anzuwenden und die Tuberkulinempfindlichkeit der Haut durch zu rasches Ansteigen mit den Dosen nicht zu beseitigen. Schr. ist gegen die ambulante Tuberkulinbehandlung schwerer Tuberkulosen.

Herr **Langmann** (Darmstadt) empfiehlt seit 12 Jahren die Tuberkulinbehandlung; sie muß aber auf viele Monate ausgedehnt werden.

Herr **Lenzmann** (Duisburg): Giftfestigkeit gegen Tuberkulin hindert nicht den Tuberkelbacillus an der Fortsetzung seines Zerstörungswerkes. Bei Einsetzen von Pulsbeschleunigung und Fieber hört L. mit der Tuberkulinbehandlung auf.

Herr **Schneider** (Schlußwort) hält an der Notwendigkeit, auch Schwerkranke ambulant mit Tuberkulin zu behandeln, fest.

Herr **Kissling** (Hamburg-Eppendorf): **Zur Aetiologie des Lungenbrandes.**

Die häufigste Ursache des Lungenbrandes ist die Aspiration, bei der Fäulniskeime aus der Mundhöhle in die Lunge gelangen. Lenhartz wies auch immer auf die Uebereinstimmung der Bakterienbilder der Gangränhöhlen mit denen der Mundflora hin. Der eigentliche Erreger des Lungenbrandes ist jedoch der von Krönig zuerst beschriebene und von Schottmüller in einem Falle von Lungenbrand nachgewiesene und genau erforschte Streptococcus putridus, welcher vielfach geschwungene Ketten bildet. Er ist grampositiv und wächst auf Traubenzuckeragar streng anaërob. Seine ätiologische Bedeutung erhellt auch aus folgenden Gründen: Der Uterusinhalt stinkt nur bei Vorhandensein von Streptococcus putridus. Ferner führt gerade die Form des Puerperalfiebers, bei welcher der Streptococcus putridus allein im thrombophlebitischen Material nachgewiesen werden kann, zu Lungenbrandherden, die sich anatomisch in keiner Weise von Aspirationsherden unterscheiden; dasselbe gilt auch von der jauchigen Otitis.

Herr **Bach** (Bad Bertrich): **Ueber Allgemeinbehandlung mit ultraviolettem Quecksilberquarzlampenlicht.**

B. wendet das Quecksilberquarzlampenlicht (Hanau) bei Trägheit des Stoffwechsels, Gicht, Rheumatismus, Diabetes etc. an und vergleicht seine Wirkung mit der von Sonnenbädern im Hochgebirge. Das durch das Licht nachweislich erzeugte Ozon kann zur Inhalation benutzt werden.

Herr **C. Schütze** (Bad Kösen) erörtert die Indikationen des Thüringer Thermalsprudels von Bad Colberg, einer Jod-Brom-Calcium-enthaltenden warmen Kochsalzquelle. Ferner untersuchte S c h. die Wirkung von $CaCl_2$ auf einzellige Organismen und fand durch Hinzufügung einer 0,5 proz. Lösung von $CaCl_2$ eine Steigerung der Lebensvorgänge, so Beschleunigung der Protoplasmaströmung und eine Vermehrung der Nahrungsaufnahme bei Amöben.

Herr **H. Weber** (Berlin): **Ueber Cammidgesche Reaktion und Schmelzpunktbestimmungen unter dem Mikroskop.**

W. hat unter 82 Fällen in 70 pCt. derselben mit Hilfe der Cammidgeschen Reaktion durch Operation und Autopsie verifizierte richtige Diagnosen auf Pankreaserkrankungen gestellt. Der Schmelzpunkt der Cammidgenadeln läßt sich am besten mit Hilfe eines von W. und v. Wartenberg konstruierten Mikroskope direkt bestimmen. Alle Cammidgenadeln schmelzen bei 190—198°, für die Pentosennatur spricht dies nicht, dagegen eher für ihre Auffassung als Hexosenverbindungen. Die Substanz ist nicht gärungsfähig und steht in noch unbekannten Beziehungen zum Sekrete des Pankreas, indem man sie auch aus dem in voller Sekretion befindlichen Organe darstellen kann.

IV. Bücherschau.

Der Kropf und seine Behandlung. Von Prof. Dr. **Adolf Oberst** (Freiburg i. B.). Berliner Klinik, November 1911, H. 281. Berlin W. 35, Fischers medizinische Buchhandlung (H. Kornfeld). 23 S. 0,60 M.

In der kleinen Abhandlung steht gerade nichts wesentlich Neues, doch gibt sie einen guten Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der Kropffrage. Hinsichtlich der Aetiologie hält Verf. die Trinkwassertherapie durch klinische und experimentelle Erfahrungen für hinlänglich begründet. Auch für die Therapie ist diese Hypothese nicht ohne Bedeutung. Im übrigen kommt für die Therapie in erster Linie die Operation in Frage, welche in neuerer Zeit meist unter Lokalanästhesie ausgeführt wird und deshalb als relativ gefahrlos bezeichnet werden kann. Bei 2000 Kropfoperationen der Freiburger chirurgischen Klinik betrug die Mortalität 0,5—0,6 pCt. Verf. gibt eine Beschreibung der verschiedenen Operationsmethoden und fügt einige Bemerkungen über maligne Strumen sowie akute Entzündungen des Kropfes und ihre Behandlung hinzu. Von der Schilddrüsenbehandlung der Struma rät er auf Grund der Erfahrungen der Freiburger chirurgischen Klinik entschieden ab. R. L.

Technik der klinischen Blutuntersuchung für Studierende und Aerzte. Von Dr. **A. Pappenheim** (Berlin). Berlin 1911, Julius Springer. 55 S.

Die vorliegende Monographie, ursprünglich ein von Verf. bearbeitetes Kapitel aus dem Carl Neubergschen Handbuch der Ausscheidungen und Körperflüssigkeiten, enthält die für den Kliniker notwendigsten und wichtigsten Untersuchungsmethoden. Mit Recht hat sich der Verf., dem wir so viele Modifikationen bereits früher bekannter Methoden verdanken, nur darauf beschränkt, nur die am besten bewährten und verhältnismäßig einfachen Methoden in sein Büchlein aufzunehmen. Auf diese Weise ist eine sehr vortreffliche Einführung in die Hämatologie entstanden, welche auch denjenigen Kollegen von Nutzen sein wird, welche sich weiterhin wissenschaftlich eingehend mit dem Gegenstande zu beschäftigen beabsichtigen. Was den speziellen Inhalt anlangt, so gliedert sich die Abhandlung in drei Abschnitte: In dem ersten wird die Methodik und Technik der Blutpräparatfärbung sowie ihre klinische Bedeutung geschildert; der zweite Abschnitt beschäftigt sich mit der Blutkörperchenzählung und den aus ihr resultierenden diagnostischen Momenten; in dem dritten Abschnitt findet sich eine kurze Darstellung der Blutfarbstoffbestimmung. — Das Büchlein ist klar und einfach geschrieben. Wünschenswert wäre jedoch, daß einige Blutbilder die Darstellung unterstützten. Vielleicht fügt sie Verf. der nächsten Auflage bei. H. L.

Der Wasser- und Kochsalz-Stoffwechsel und seine Bedeutung für Pathologie und Therapie. Von Privatdozent Dr. **A. Bittorf**, Oberarzt der medizinischen Klinik Breslau. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, 3. Band, Heft 6. Halle a. S. 1911, Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung, 56 S. 1,50 M.

Die Abhandlung gibt einen Ueberblick über ein wichtiges und interessantes Kapitel aus dem Gebiet des Mineralstoffwechsels auf Grund der bisherigen Forschungen. Im ersten Teil bespricht der Verfasser die physiologischen Vorgänge beim Wasser- und Kochsalzstoffwechsel; im zweiten Teil gelangt die Pathologie des Wasser- und Kochsalzstoffwechsels zur Darstellung. Es wird gezeigt, welchen Modifikationen derselbe bei den wichtigsten Krankheitszuständen unterliegt. Der Reihe nach wird der Wasser- und Kochsalzstoffwechsel im Fieber, bei Inanition und Kachexie, bei Erkrankungen der Niere, bei Diabetes mellitus und insipidus, bei Erkrankungen des Herzens, bei Magen-, Darm- und Leberkrankheiten, bei Hautkrankheiten und Vergiftungen besprochen. Das Schlußkapitel behandelt die therapeutische Beeinflussung des Wasser- und Kochsalzstoffwechsels. Ein ausführliches Literaturverzeichnis ist beigefügt und macht die Schrift auch als literarisches Hilfsmittel geeignet für diejenigen Leser, welche eingehende Studien auf dem in Rede stehenden Gebiet der inneren Medizin anstellen wollen. R. L.

V. Arzt — Apotheker — Industrie.

1. Apotheker und Arzt. Von Dr. Diehl, Nervenarzt in Lübeck. (Deutsche med. Wochenschrift, 1911, No. 34.)
2. Arzt — Apotheker — Industrie. Von Dr. Max Winckel [München]. (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)
3. Pharmaceutische Mißstände. Von Sanitätsrat Dr. I. Ruhemann [Berlin]. (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 7.)
4. Arzt und Arzneiverkehr. Von Dr. R. Lewin. (Medizinische Reform, 1912, No. 4.)

Die vier vorgenannten Arbeiten beschäftigen sich, abgesehen von kleinen Variationen, mit dem gleichen Thema; man könnte es zusammengefaßt, wie Ruhemann, als „pharmaceutische Mißstände" bezeichnen.

1. Anlaß zu einem Hinweis auf einen fraglos bedenklichen Schaden gibt dem Verfasser ein Uebersichtsbericht von Prof. Harnack, der die veränderte Nomenklatur vieler Präparate innerhalb des neuen Arzneibuches zur Sprache bringt. Dort wird neben der chemischen Bezeichnung der Substanzen auch deren Handelsname angegeben und so gegenübergestellt, daß hieraus gefolgert werden kann, als sei das Präparat nicht nur „chemisch identisch" mit dem geschützten Handelsnamen, sondern auch gleichwertig in pharmakologischer und therapeutischer Hinsicht. Dieses Vorgehen der Pharmakopoekommission hat eine unverkennbare Unsicherheit in die Apothekenbetriebe hineingetragen. Allerdings wird im Vorwort zu dem neuen Arzneibuch ausdrücklich darauf hingewiesen, daß es nicht erlaubt sei, die chemisch identischen Präparate dann abzugeben, wenn der Arzt das markengeschützte Produkt verschreibt. Charakteristisch für eine so bedenkliche Auslegung ist z. B. ein Rundschreiben, das ein Apothekerverein im Norden Deutschlands seinen Mitgliedern zugehen ließ, worin er sie in ihrem eigenen Interesse ersucht, wortgeschützte Präparate nicht mehr (sic!) durch Ersatzpräparate zu ersetzen, woraus sich ergibt, daß dies wohl oft genug geschehen sein muß. Dann aber sei es ein Unfug und müsse als eine Verschleierung betrachtet werden, wenn durch die Hinzufügung der Buchstaben A. V. (Apotheker-Verein) z. B. hinter Urotropintabletten dem Apotheker das Recht eingeräumt werden soll, das Ersatzpräparat zu dispensieren, da sich der Arzt gar nicht bewußt ist, was dieser Zusatz bedeutet. Durch diese Inkonsequenz des Arzneibuches werden Mißstände herbeigeführt, durch die für die Dauer weder dem Interesse des Apothekerstandes noch dem der Aerzteschaft gedient ist. Es will ihm scheinen, als ob die Unterschiebung anderer Präparate an Stelle der Originalmarke, wie dies auf Betreiben mancher Krankenkassen geschieht, ja, direkt verlangt wird, den ersten Schritt auf einer schiefen Ebene bedeutet, auf der es bald kein Halten mehr gibt; wenn erst einmal der Apotheker verlernt hat, fremde Rechte zu respektieren, wenn er sich daran gewöhnt, die ärztlichen Verordnungen nicht mehr buchstäblich auszuführen, sondern andere Waren dafür zu dispensieren, so wird bald die Zeit kommen, wo er nichts darin finden könnte, für ein verlangtes Präparat nicht etwa eine angeblich „chemisch identische", sondern irgendeine beliebige, möglichst wohlfeile Substanz zu verabfolgen, von der der Apotheker annimmt, daß sie ungefähr gleichen Zwecken dient oder ähnliche Wirkungen hervorbringen dürfte. Oft genug durchkreuzt damit der Apotheker die Absichten des Arztes, wenn er an Stelle des verordneten, nicht selten suggestiv wirkenden Mittels ein anderes abgibt. Mit derartigen Imponderabilien scheint aber der Apotheker überhaupt nicht zu rechnen. Deshalb fordert Verf. Erledigung der Ordination auf das genaueste, ohne jeglichen Kommentar. Geschieht das nicht, dann wird schließlich der Arzt dazu gezwungen, die Präparate nur noch in der fertigen Aufmachung als „Spezialität" zu verordnen, weil ihm die letztere die Gewähr bietet, daß der Patient tatsächlich das erhält, was der Arzt wünscht. Im Anschluß hieran bringt Verfasser eine Anzahl sogenannter Ersatzmittel, die allerdings der Hauptsache nach dem Auslande entstammen und daher für die deutschen Apothekenverhältnisse zur Beurteilung derselben nicht als Unterlage dienen dürfen.

Denn man wird mit Recht den Einwand erheben dürfen, daß der Apotheker bei uns die Pflicht habe, seine Waren auf die Zusammensetzung zu prüfen. Aber immerhin ist es interessant zu sehen, was für schlechte Ersatzmittel es gibt. So führt Verf. einen Pyramidonersatz an, der mit 20 bis 30 pCt. Antifebrin verschnitten war; einen Thiocolersatz, der nur 2½ pCt. der wirksamen Substanz enthielt, nebenher aber noch 75 pCt. Bittersalz. Ein Diuretinersatz, der anstatt 48 pCt. Theobromin nur 12,17 pCt. und 28 pCt. Alkaloide aufwies. Xeroform, das ca. 50 pCt. Wismutoxyd enthalten muß, enthielt überhaupt nichts davon, bestand vielmehr aus Talkum und Zinkoxyd. Airolersatz war zwecks Erzeugung der gelblichen Farbe mit Chromgelb versetzte Kreide, Talkum etc. Protargolersatz enthielt anstatt rund 8 pCt. nur 3—4 pCt. Silber und war stark alkalisch und dergleichen mehr. Diese Blütenlese zeigt, welche Gefahren von dem Ueberhandnehmen der Ersatzpräparate zu erwarten sind. Wenn man heute die pharmaceutischen Journale aufschlägt und die großen Annoncen mit den Warnungen der chemischen Fabriken vor Substituierungen liest, wenn man erfährt, daß einzelne dieser Fabriken wegen der Unterschiebung in einem unaufhörlichen Kampfe mit den Apothekern sich befinden, so muß man den Eindruck erhalten, als ob doch im deutschen Apothekerfach eine bedenkliche Laxheit eingerissen sei. Dadurch wird aber auch das Vertrauen zu ihm in bezug auf Zuverlässigkeit und Exaktheit der Ausführung ärztlicher Verordnungen ins Schwanken geraten.

2. Die deutsche Pharmacie, aus der die chemisch-pharmaceutische Großindustrie hervorgegangen ist, muß stolz auf sie sein, da die Heilkunde ihr viel verdankt. Man hat die Forderung aufgestellt, daß für solche Präparate, die dem freien Verkehr entzogen sind, eine Reklame nur bei den Aerzten gemacht werden dürfte, außerdem womöglich, daß neben den Originalpackungen der Inhalt auch in loser Packung in den Handel gelange. Auch sollte der Fabrikant Tabletten und Pillen nicht fertig in den Handel bringen, sondern die Anfertigung dieser Arzneiform dem Apotheker überlassen. Verfasser kann jedoch letzteren an sich verständlichen Wunsch der Apotheker praktisch nicht als berechtigt anerkennen, denn hierdurch wird das Präparat wesentlich verteuert, seine Anfertigung erfordert Zeit und schließlich ist die Originaltablette der Fabriken nicht nur einwandfreier, sondern auch wesentlich billiger als diejenige der Apotheken. Dem Einwand der Apotheker, daß sie nicht in der Lage wären, die fertig verpackten Originalpräparate zu untersuchen, wird damit begegnet, daß nachweislich in den Apotheken nicht einmal die einfachen Arzneimittel regelmäßig untersucht werden. Schließlich sind es ja aber auch die Fabriken selbst, die Wert darauf legen müssen, korrekt hergestellte Tabletten etc. in den Handel zu bringen und sie vorher selbst zu prüfen. Auch das vielfach übliche Substituieren der Apotheker, die Abgabe anderer sogenannter „chemisch identischer“ Produkte an Stelle der Originalpräparate kritisiert Verf. und schließt sich den Ansichten einiger pharmaceutischen Standesvereinigungen an, wonach derartige Missetäter aus dem Stande ausgeschlossen werden sollten. Verf. ist auch der Ansicht, daß der Arzt Bundesgenosse des Apothekers in dessen Existenzkampf gar nicht sein kann, da die Apotheker die Interessen der Aerzte nicht im geringsten wahrnehmen. Wenn daher die Apotheker gegen die Einführung der Tabletten kämpfen, so seien hierfür lediglich merkantile Interessen maßgebend. Die Tablettenform hat sich längst das Bürgerrecht im Arzneischatz erworben.

3. Verf. knüpft an Wahrnehmungen an, die er persönlich, dann aber auch andere Kollegen machten und auch in der medizinischen Persse bekannt gaben, wonach die sogenannten Ersatzpräparate keineswegs dasselbe leisten, was man von den Originalpräparaten, die der Arzt verordnet, füglich erwarten muß. Es sind ja gerade die letzteren, mit denen die Kliniker von Anfang an ihre Versuche anstellten und auf Grund der Erfolge, mit denen sie das Mittel in den Arzneischatz einführten. Die Ersatzpräparate können oft genug trotz ihrer chemisch identischen Gleichwertigkeit Unterschiede aufweisen, die bei der therapeutischen Wirkung wesentlich ins Gewicht fallen. Die Verabfolgung derartiger Arzneimittel nur aus dem Grunde, weil sie billiger sind, läßt sich daher nicht rechtfertigen. Dazu tritt noch, daß oft genug zwar das billige Ersatzpräparat dispensiert wird, während das teurere Originalpräparat von dem Apotheker berechnet wird. Auch die Beobachtung, daß gewisse physikalische Unterschiede zwischen den Ersatz- und Originalpräparaten bestehen, machen es verständlich, daß Differenzen in der Wirkung auftreten, an die von Anfang an nicht gedacht wird. So will z. B. Ruhemann die so häufig beobachteten Nebenwirkungen und die geringeren therapeutischen Erfolge der Acetylsalicylsäure darauf zurückführen und belegt das damit, daß diese Erscheinungen heute in einem Umfang auftreten, die zu der Zeit, da ausschließlich Aspirin abgegeben wurde, so gut wie unbekannt waren. Das gleiche bezieht sich auf Migränin, auf Salipyrin etc. Besonders beim Gonosan wurde gezeigt, daß in den Apotheken ganz minderwertige Waren als Ersatzmittel feilgehalten werden, die zum Teil die charakteristische Wirkung gar nicht besitzen können. Verf. führt weitere Beispiele an, die sich auf Spezialitäten, also auf fertige Aufmachungen beziehen. Auch hier wieder ganz gewaltige Unterschiede zwischen Liquor ferri manganici, Pertussin und den Ersatzpräparaten, die die Apotheker hierfür abgeben. Aber damit nicht genug, sie bieten solche dem Publikum direkt an, was gegen die Apothekenordnung verstößt. Die Tatsache, daß sich eine große Menge von Ersatzpräparaten im Handel befindet und in den Preisverzeichnissen der Großdrogengeschäfte geführt wird, beweist einwandfrei, daß für diese Präparate Abnehmer in einem nicht gedachten Umfange vorhanden sein müssen. Man betrachte einmal alle diese Präparate und wird finden, daß sie sehr häufig minderwertig sind. Ein von einer Apotheke geliefertes Eisenarsenpräparat enthielt überhaupt kein Arsen. Erhält nun ein Patient ein derartiges Ersatzmittel, so wird dadurch das Originalpräparat diskreditiert, aber auch das Vertrauen des Arztes zu dem Apotheker gerät damit ins Schwanken. Ein anderer Punkt, den Ruhemann in Betracht zog, ist das Vorrätighalten von Infusen und Decocten in flüssiger und selbst fester Form. Das dient zunächst der Bequemlichkeit, aber nicht selten sind es auch rein merkantile Gesichtspunkte, die hierbei eine Rolle spielen. Es existieren derartige konzentrierte Infusa im Handel und stellen einen bedeutenden Handelsartikel dar, obgleich der Apotheker verpflichtet ist, jedes Infus und Decoct frisch herzustellen und der Kollege sich auch im Glauben befinden muß, einen derartigen frisch hergestellten Aufguß zu erhalten. Solche Präparate aus Ipecacuanha, ja, selbst aus Digitalis (!!), werden zum nicht geringen Teil aus vorrätig gehaltenen Auszügen durch Verdünnung mit kaltem Wasser hergestellt. Verf. hat in einer Enquête in zehn Berliner Apotheken festgestellt, daß genau in 50 pCt. aller Fälle ein vorrätig gehaltenes Infusum, auch von Digitalis, abgegeben wurde. Man wird diesen Unfug, der gerade bei Digitalis eine gar nicht zu berechnende Unsicherheit in der Wirkung in sich schließt, richtig bewerten, wenn man überlegt, daß der Apotheker für jedes frische Infusum 25 Pfg. Arbeitsgebühr (nach der jetzt geltenden Taxe sogar 40 Pfg. Red.) erhält und, wenn er das zwanzigfache in konzentrierter Form vorrätig hält, diese einmalige Arbeit sich 20 mal mit je 25 Pfg. neu bezahlen läßt. Obwohl der Apotheker erklärt, die Selbstherstellung von Spezialitäten in die Hand nehmen zu müssen, um damit auch die Garantie für deren Inhalt tragen zu können, so lehrt doch die Erfahrung, daß diese eigenen Spezialitäten der Apotheker gar nicht von ihnen selbst, sondern von großen Genossenschaften angefertigt und in den Handel gebracht werden; infolgedessen fehlt auch die Grundlage, für den Inhalt eine Garantie übernehmen zu können. Es gibt tatsächlich einige kaufmännische Unternehmungen des Deutschen Apotheker-Vereins, die in dieser Weise vorgehen und damit in Wettbewerb mit den Originalspezialitäten der chemischen Fabriken treten. Das wird verständlich, wenn man berücksichtigt, daß der Apotheker an den Spezialitäten der Fabriken nur 37½ pCt., an den eigenen jedoch 100 pCt. und mehr verdient. Dieser Mehrverdienst ist geeignet, den Apotheker zu bestimmen, seine Ware auch oft genug dort dem Publikum anzubieten, wo er sonst verpflichtet wäre, den Patienten dem Arzt zu überweisen. Denn er verdient ja jetzt an seinem eigenen Präparat mindestens ebenso viel, als an einem Rezept, das ihm sonst von dem Arzt zugehen würde. Er tritt demnach in eine illoyale Konkurrenz mit dem Arzt und treibt auf diese Weise Kurpfuscherei zum Nachteile der Kollegen. Schließlich macht Verf. noch darauf aufmerksam, daß die Vorschriften, die die verschiedenen Apothekerunternehmungen für ihre eigenen Präparate herausgeben, je nach der Provinz verschiedenartig lauten. Die Vorschrift für ein Bandwurmmittel unter der Bezeichnung Remedium contra taeniam für die Apothekervereinigungen des Königreichs Sachsen enthält Kamala und Kousso. Die Vorschriftensammlung für dasselbe Mittel **unter derselben Bezeichnung** in Schlesien und Posen enthält dagegen ein Filixextrakt. Man denke an den Fall, daß für ein Kind ein derartiges Mittel in Dresden verordnet und in Breslau oder Görlitz hergestellt wird. Auch ein Ersatzmittel für einen Formaldehydseifenspiritus enthält in dem einen Falle 25 pCt., in der Nachbarprovinz 45 pCt. Formaldehyd.

4. Der Apothekerstand erblickt in der Entwicklung der pharmazeutischen Industrie eine Gefahr und tritt ihr feindlich gegenüber; er muß selbst viel verdienen, um die hohen Werte, die der Erwerb einer Apotheke mit sich bringt, auszugleichen. Deshalb bekämpft er auch die Tabletten und die fertigen Aufmachungen der Industrie und will sie selbst herstellen. Dem unbeteiligten Zuschauer könnte dieser wirtschaftliche Kampf unbedenklich erscheinen, er ist jedoch für die Aerzte und das Publikum von größter Bedeutung. Ja, es stehen dabei sogar vitale Interessen des Aerztestandes und eine Benachteiligung des Publikums auf dem Spiel. Die Apotheker stellen die ideale

Seite des Berufes in den Vordergrund. Angeblich soll das verödete Laboratorium der Apotheken wieder belebt werden, in Wirklichkeit soll durch die eigene Fabrikation von Tabletten und Spezialitäten der Verdienst der Apotheker gesteigert werden. Auch hier wird wieder das Beispiel von den vorrätig gehaltenen Infusen und Decocten angeführt und beweiskräftig durch Unterlagen aus den pharmaceutischen Zeitschriften belegt, denn dort wird das Vorrätighalten von Infusen etc. als etwas ganz Selbstverständliches betrachtet. Ein Apotheker erklärt ganz unumwunden, daß „ohne Uebertretung der Vorschriften kein Fortschritt während der langen Gültigkeit eines Arzneibuches möglich wäre". Bei uns, so erklärt ein anderer, sind „diese Infusa auf Vorrat weit mehr eingeführt, als harmlose Gemüter glauben", und nach Ansicht desselben Herrn „erfüllen sie vollständig ihren Zweck". Nun, neues bieten ja diese Belege dem Eingeweihten nicht; es ist schon lange mehr kein Geheimnis, daß derartige Uebertretungen von amtlichen und ärztlichen Vorschriften in den Apotheken keine seltenen Erscheinungen sind; man wundert sich nur über die Unbefangenheit, mit der dies eingestanden wird. Ist aber das Gefühl für das Unerlaubte in solchem Vorgehen abgestumpft, so müssen Uebelstände herrschen, von denen die Aerztewelt sich nichts hat träumen lassen. Auch hier wieder wird zugegeben, daß nur das Streben nach Geldgewinn derartige Zustände geschaffen hat. Es werden die Originalpräparate und deren Substitute besprochen und gezeigt, welcher Unfug durch die Abgabe der letzteren getrieben wird. Sie weichen wegen der Verschiedenartigkeit ihrer Herstellung sehr viel voneinander ab, denn sie werden ja von zahllosen Stellen angefertigt, während das Originalpräparat, zum Beispiel Migränin, Pyramidon, Salipyrin, Aspirin, Gonosan, nur aus einer einzigen Fabrik resultiert. Das Ersatzpräparat für das Gonosan zum Beispiel enthielt nur 12 pCt. an Santalol im Sandelholzöl, während es 96 pCt. enthalten müßte. Anstatt des Harzes im Gonosan wird im Ersatzpräparat ein alkoholisches Extrakt verwendet. Warum? Weil der Preis für das letztere 26 M. pro Kilogr. beträgt, während das im Gonosan enthaltene Harz 325 M. pro Kilogramm kostet. Diese Zahlenverhältnisse sprechen für sich. Dem Arzt müssen aber noch andere Bedenken aufsteigen. Ahnungslos verläßt er sich darauf, daß seine Vorschrift genau eingehalten wird. Der Apotheker sucht jedoch dem Patienten als Käufer durch alle Mittel, die ihm zu Gebote stehen, beizubringen, daß das Ersatzpräparat genau dasselbe sei wie das Original. Tritt nun eine schlechtere Wirkung ein, so fällt die Schuld auf den Arzt, der dadurch in seinem Ansehen geschädigt wird und Einbuße in seiner Praxis erleidet. Er erfährt nie die wahre Ursache des Mißerfolges und bekommt ein Mißtrauen gegen das Originalpräparat. Ermittelt er aber die Substituierung, so schwindet das Vertrauen zwischen Arzt und Apotheker. Es ergibt sich also ein Circulus vitiosus, der beim Arzt die schlimmsten Schädigungen verursacht. Manche Apothekervereine lassen die Aerzte selbst bearbeiten, irgendein Ersatzpräparat an Stelle der Originalmarke zu verordnen. Dem praktischen Arzt muß die Angabe des Apothekers genügen, es handele sich um einen chemisch gleichwertigen Körper. Hat der Apotheker aber in einem solchen Falle Erfolg gehabt, so liegt es nahe, daß er sich anderen Käufern gegenüber auf den betreffenden Arzt beruft, der mit diesem Ersatzpräparat Erfahrungen gemacht haben soll. Nicht nur der eine Arzt kann geschädigt werden, sondern auch andere, deren Patienten ihrer Anweisung gemäß ein Originalpräparat forderten, dafür aber ein Ersatzprodukt erhielten. Abgesehen davon aber geschieht es gar nicht selten, daß die Käufer nicht mehr wie seither an den Arzt verwiesen werden, sie erhalten vielmehr unter Berufung auf den oder jenen Arzt, der angeblich das Ersatzpräparat „stets" verwende, ein Mittel, das nicht die Wirkung hat, die der Arzt beabsichtigte. Wiederum kann der Arzt, auf den man sich berufen hat, diskreditiert werden. Es handelt sich also hier um Mißstände, die keineswegs vereinzelt vorkommen und daher die Aufmerksamkeit der Aerzte und der Regierung um so mehr wachrufen, als manche dieser angeführten Bestrebungen von den Apothokervereinigungen begünstigt werden. L. R.

VI. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Als Nachfolger von Geheimrat Ziehen ist nunmehr Prof. Karl Bonhoeffer, zurzeit Ordinarius der Psychiatrie in Breslau, berufen worden. Der gegenwärtig im 44. Lebensjahre stehende Universitätslehrer war von 1899 bis 1903 Privatdozent in Breslau, darauf kurze Zeit nacheinander Ordinarius der Psychiatrie in Königsberg und Heidelberg; seit dem Wintersemester 1904/05 wirkt er in gleicher Eigenschaft in Breslau.

— Bei der hiesigen **medizinischen Fakultät** werden demnächst diejenigen Extraordinarien bestimmt werden, denen das Recht eingeräumt wird, an den Fakultätssitzungen hinfort mit beratender Stimme teilzunehmen.

Breslau. In dem **Konflikt** zwischen der hiesigen Klinikerschaft und dem Professor der Anatomie Geheimrat Hasse hat der Unterrichtsminister nunmehr seine Entscheidung gefällt, die den Streitfall in befriedigender Weise beilegt. Die Forderung der Studierenden auf Einrichtung eines Parallelkollegs über topographische Anatomie wurde bewilligt. Wohl im Zusammenhang hiermit (vergl. „Allg. Med. Central-Ztg.", 1912, No. 7, S. 93) steht, daß der Minister auf Grund einer Eingabe des Rektors und Senats der Universität Breslau das an den norddeutschen Universitäten (außer Berlin) noch bestehende Abtestieren der Vorlesungen abgeschafft hat. Zukünftig ist nur eine einmalige Bescheinigung der Dozenten über die erfolgte Belegung einer Vorlesung erforderlich.

— Dr. med. Erich Feiler hat sich für Zahnheilkunde habilitiert.

Halle a. S. Der außerordentliche Professor der gerichtlichen Medizin Dr. A. Schulz und der außerordentliche Professor der Kinderheilkunde Dr. W. Stoeltzner haben das Recht der Teilnahme an den Fakultätsgeschäften erhalten.

— Dem Professor der Physiologie an der Universität Helsingfors Dr. Tigerstedt ist von der Kaiserlich Leopoldinisch-Karolinischen Deutschen Akademie der Naturforscher die goldene **Cothenius-Medaille** verliehen worden.

Wetter (Westfalen). Der leitende Arzt des hiesigen städtischen Krankenhauses Dr. Wulffers ist im Alter von 46 Jahren als **Opfer seines Berufs** gestorben. Er hatte sich bei der Behandlung eines Diphtheriekranken eine kleine Verletzung an der Hand zugezogen, die zu einer septischen Erkrankung führte, der der bedauernswerte Kollege im Krankenhause zu Barmen erlag.

Cöln. Die Nachricht, daß Prof. M. Gildemeister zum Leiter des Physiologischen Instituts der hiesigen medizinischen Akademie gewählt worden sei, war unzutreffend. Tatsächlich erhielt die Stelle Prof. Seemann (bisher in München, nicht, wie irrtümlich angegeben, Königsberg).

Frankfurt a. M. Der Gynäkologe Prof. Dr. Max Walthard hat einen Ruf an die Universität Gießen als Nachfolger O. v. Franqués abgelehnt.

Braunschweig. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. H. Ehlers, früher Vorsteher der gynäkologischen Abteilung des herzoglichen Krankenhauses, ist im Alter von 71 Jahren gestorben.

Wien. Die uns aus anscheinend zuverlässiger Quelle zugegangene Mitteilung, daß Prof. v. Noorden seine hiesige Stellung demnächst aufgeben und wieder nach Frankfurt a. M. übersiedeln werde, wird von hier aus als unzutreffend bezeichnet.

Prag. Der Regimentsarzt Dr. Alexander Skutetzky, Leiter der inneren Abteilung des Garnisonspitals No. 11 in Prag, hat sich für innere Medizin habilitiert.

Zürich. Der soeben ernannte außerordentliche Professor der Orthopädie Dr. Schulthess hat Sitz und Stimme in der medizinischen Fakultät erhalten.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. In der vorigen Woche hat sich das Deutsche Reichskomitee für den im nächsten Jahre in London stattfindenden **17. internationalen medizinischen Kongreß konstituiert.** Zum ersten Vorsitzenden wurde Geh. Rat Waldeyer gewählt, zu dessen Stellvertretern Ministerialdirektor Kirchner und Geh. Rat Kraus (Berlin), Prof. Marchand (Leipzig), Prof. Döderlein (München); zum Generalsekretär Prof. Posner und als Stellvertreter Prof. v. Hansemann, zum Schatzmeister Kommerzienrat Ernst Stangen (Berlin). Der Arbeitsausschuß besteht aus Generalarzt Kern, Prof. Krüss vom Kultusministerium, Prof. Goldscheider, Marinegeneraloberarzt Gudden, Prof. J. Schwalbe, Prof. Sonnenburg. Sodann wurde der sehr wichtige Beschluß gefaßt, dieses Komitee dauernd bestehen zu lassen. Was die Verhandlungsgegenstände des nächsten Kongresses anlangt, so stellte Prof. Sommer (Gießen) den Antrag, bei der zunehmenden Bedeutung des Problems einen ganzen Tag der Erblichkeitsfrage zu widmen, und es wurde daraufhin beschlossen, der Geschäftsleitung in London bestimmte Vorschläge in dieser Hinsicht zu unterbreiten.

— In der Zeit vom 23. bis 28. September d. J. findet in Washington der **15. internationale Kongreß für Hygiene und Demographie** statt. Zur Vorbereitung der Beteiligung Deutschlands an diesem Kongreß hat sich unter dem Vorsitz des Geh. Rats Bumm, Präsidenten des Reichsgesundheitsamts, ein Deutsches Nationalkomitee aus Vertretern der in Betracht kommenden Reichs- und Staatsbehörden, aus Vertretern der

Wissenschaft und Praxis sowie der einschlägigen Fachpresse gebildet. Die Anmeldung von Vorträgen für den Kongreß nimmt der Generalsekretär Prof. Hoffmann, Stabsarzt an der Kaiser Wilhelms-Akademie, gerne entgegen; es sei dabei bemerkt, daß Vorträge im Behinderungsfalle des Autors auch durch einen anderen deutschen Kongreßbesucher zur Verlesung gebracht werden können. Das provisorische Programm, das insbesondere auch über den wissenschaftlichen Teil des Kongresses bereits Auskunft gibt, ist seitens des amerikanischen Organisationskomitees schon zur Versendung gelangt; es ist auf Wunsch auch von dem Generalsekretär erhältlich. Um möglichst günstige Bedingungen für die Reise der deutschen Kongreßteilnehmer nach Amerika zu erlangen, ist das Deutsche Nationalkomitee sowohl mit dem Deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen (Abfahrt 7. oder 8. September), das im laufenden Jahre einen Besuch Amerikas veranstaltet, als auch mit den beiden deutschen Dampferlinien, der Hamburg-Amerika-Linie und dem Norddeutschen Lloyd, in Verbindung getreten. Preisermäßigung findet nur bei der Studienreise statt; doch ist hier schleunige Anmeldung nötig.

Verschiedenes.

Berlin. Die **Kaiser Wilhelmgesellschaft zur Förderung der Wissenschaften** wird die Biologische Anstalt zu Rovigno übernehmen, ein Institut für Entwicklungs- und Vererbungslehre schaffen und weiter auch die experimentelle Therapie, Hirnforschung, sowie Mikrobiologie besonders berücksichtigen.

— Der preußische Minister des Innern hat die Regierungspräsidenten beauftragt, eine genaue **Feststellung aller vorhandenen Lupusfälle** in die Wege zu leiten. Diese Anordnung erfüllt eine Bitte der Lupuskommission des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, deren Hauptaufgabe darin besteht, diejenigen Lupusfälle, welche sich noch im Anfangsstadium der Krankheit befinden, der sehr aussichtsvollen Behandlung zuzuführen. In mehreren Kreisen sind bereits unter Mitwirkung der Landräte mit Hilfe der Gemeindevorstände und der Aerzte Listen aller Lupuskranken aufgestellt. Dabei sind in einzelnen Kreisen 40—60 Fälle gefunden, die noch außer Behandlung waren, und nunmehr ebenfalls der Behandlung unterzogen werden. In den Fällen, wo zur Zahlung Verpflichtete nicht vorhanden sind, und die Kranken selbst die Mittel nicht aufbringen können, ist die Lupuskommission bereit, einen Teil der Behandlungskosten zu übernehmen.

Oranienburg. Schon wieder hatten die Tageszeitungen über einen tätlichen **Angriff auf einen Kassenarzt** zu berichten. Als in der vorigen Woche ein hiesiger Arzt von einem Krankenbesuch zurückkehrte, traten ihm plötzlich zwei Männer entgegen, die sich auf ihn stürzten und auf ihn einschlugen. Der Arzt, der sich infolge der Plötzlichkeit des Ueberfalls nicht zur Wehr setzen konnte, erlitt durch Hiebe mit einem scharfen Gegenstand erhebliche Verletzungen im Gesicht. Als er um Hilfe rief, ergriffen die beiden Männer mit den Worten: „Das hast du für dein Gesundschreiben!" die Flucht und entkamen in der Dunkelheit. — Vorkommnisse wie dieses illustrieren in drastischer Weise die „Segnungen", welche die soziale Gesetzgebung den — Aerzten gebracht hat.

Nürnberg. Der hiesige Kunstanstaltsbesitzer Martin Brunner hat anläßlich des fünfzigjährigen Bestehens seiner Firma eine **Stiftung** von 50 000 M. zur Förderung der Bekämpfung der Krebskrankheit errichtet. Die Stiftung ist vom Magistrat der Stadt Nürnberg zu verwalten; aus den Zinsen ist jährlich ein Preis einem Deutschen, vorzugsweise einem Nürnberger, zuzuerkennen.

VII. Amtliche Mitteilungen.

Bekanntmachung.

Das amtliche Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinisch-wissenschaftlichen Institute im Deutschen Reich ist im Verlage von Julius Springer, Berlin N. 24, Monbijouplatz 3, in einer Neuauflage nach dem Stande vom 1. Januar 1912 erschienen.

Vorstehendes bringe ich den beteiligten Kreisen mit dem Bemerken zur Kenntnis, daß das Verzeichnis den Praktikanten eine gewünschte Handhabe bei der Wahl einer Anstalt bietet.

Berlin, den 15. Februar 1912.

Der Polizeipräsident.

In Vertretung: Rebling.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Stabsarzt Dr. Elbe in Aachen.

Rote Kreuz-Medaille 3 Kl.: Generalarzt Dr. Schlacke in Königsberg i. Pr., San.-Rat Dr. Elgnowski in Ortelsburg, Generaloberarzt Dr. Gossner in Graudenz, Dr. Minshen in Zoppot, Generalarzt Dr. v. Ilberg, Generaloberarzt Dr. Schürmann in Brandenburg a. H., Kreisarzt Dr. Wilhelm in Kyritz, Oberstabsartt Dr. Knorr in Stralsund, Dr. Kletzin in Fiddichow, San-Rat Dr. Krüger in Opalenitza, Dr. Proskauer in Kattowitz, San.-Rat Dr. Wehner in Suhl, Dr. Meyer in Stendal, Dr. Busch in Ratzeburg, Dr. Steinmann in Hildesheim-Moritzberg, San.-Rat Wirth in Höhr, Dr. Rosenberg in Bielefeld, Dr. Hammerschmidt in Altena, Dr. Hoch in Düren, Dr. Küll in Radevormwald, Dr. Schwabe in Bous, San.-Rat Dr. Blümlein in Grefrath, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. Schwass in Sigmaringen, Stabsarzt Dr. Exner in Daressalam, Reg.- und Kreis-Med.-Rat Dr. Messerer in München, Dr. Hölder in Ludwigshafen, Dr. Naumann in Limbach, Dr. Zinsser in Rochlitz, Dr. Künzig in Oberkirch, Dr. Lange-Hermstaedt in Mackesheim, Dr. Nieny in Schwerin i. M., Dr. Jaeger in Eisfeld, Arzt M. Endlich in Untersiemau, Dr. Kamprad in Thal, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Esleben in Bernburg, Oberstabsarzt Dr. Ebertz in Metz, Dr. Lewinberg in Straßburg-Neudorf.

Charakter als Geheimer Ober-Medizinalrat Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Waldeyer in Berlin.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Prof. Dr. Lubarsch in Düsseldorf.

Charakter als Sanitätsrat: Dr. Kollmann in Pakosch.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. Stein in Münster zum Kreisarzt in Grimmen.

Niedergelassen: Dr. Ruge in Berlin, Dr. Wartensleben in Berlin, Dr. Ziemann in Charlottenburg, Rühlmann in Burg bei Magdeburg, Dr. Heeger in Mesum, Gronarz, A. Hoffmann und Dr. Ursell in Düsseldorf, Dr. Wildberger in Duisburg.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. Braemer von Niekosken, Dr. Schwarz von Münster.

Gestorben: Dr. Bab in Lichtenberg, San.-Rat Dr. Salomon in Berlin, Dr. Elgeti in Greifswald, San.-Rat Dr. Ebeling in Badbergen, San.-Rat Dr. Ohters in Borken, Dr. Eicker in Oberkassel, Geh. San.-Rat Dr. Bullermann in Moers.

Königreich Sachsen.

Niedergelassen: Dr. Weber, Stabsarzt a. D., Dr. Dunzelt, Stabsarzt a. D., Dr. Mielck, Dr. Hoffmann, Dr. Friedrich Wilhelm Müller in Großburgk, Dr. Naumann in Blasewitz, Dr. Grün in Leuben, Dr. Brückner in Nossen, Dr. Eras in Sebnitz, Dr. Petzholdt in Pirna, Dr. Surmann in Stadt Wehlen, Dr. Hendel in Pirna.

Angestellt: Dr. Plange, Oberarzt an der bakteriologischen Untersuchungsanstalt beim Stadtkrankenhaus Friedrichstadt, Dr. Seige, Anstaltsarzt an der städtischen Heil- und Pflegeanstalt, Dr. Kehrer, Med.-Rat, Prof., Direktor der Königl. Frauenklinik, Dr. Carlsburg als Impfarzt in Schandau, Dr. Eras als Gerichtsassistenzarzt in Sebnitz.

Praxis hat aufgegeben: San.-Rat Dr. Friedrich und San.-Rat Dr. Roedelius in Dresden.

Gestorben: Dr. Leopold in Dresden, San.-Rat Dr. Engel in Freiberg, San.-Rat Dr. Schrag in Meißen, Dr. Trilling in Sebnitz.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. Wittig in Hamburg.

Gestorben: Dr. Rosam in Hamburg.

(Ende des redaktionellen Teils.)

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.


Gute gesunde Küche
MAGGIS Bouillon-Würfel
mit dem Kreuzstern
geben nur durch Uebergießen mit kochendem Wasser feinste, trinkfertige Fleischbrühe.
1 Würfel für 1 Tasse (1/4 bis 1/3 Liter). 5 Würfel 20 Pfg.
MAGGIS in Würfeln Suppen
mit dem Kreuzstern
zur Herstellung guter, nahrhafter Suppen in kurzer Zeit — nur mit Wasser.
ca. 35 Sorten. 1 Würfel für 2—3 Teller 10 Pfg.
Von ärztlichen Autoritäten empfohlen!
Wissenschaftl. Literatur und Proben auf Wunsch von der
Maggi-Gesellschaft m. b. H. Berlin W. 35.


Hygiama
in Pulver- & Tablettenform, Letztere gebrauchsfertig
und
Jnfantina
(Dr. Theinhardts lösl. Kindernahrung)
Seit über 20 Jahren best bewährte diätetische Nährpräparate.
Litteratur etc. steht den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.
Dr. Theinhardt's Nährmittel-Gesellschaft m.b.H.
Stuttgart-Cannstatt.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang **Berlin, 9. März 1912** **No. 10**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion bezw. des Verlages nicht gestattet.

81. Jahrgang **Berlin, 9. März 1912** **No. 10**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Wie erleichtern wir am zweckmässigsten auf physiologischer Grundlage die Zahnung des Säuglings?

Von

Dr. **Jul. Baedeker**, Kinderarzt in Berlin.

(Schluß).

Fall 1. Erwin R., 6 Monate alt, bekam mit 5½ Monaten den ersten Zahn. Das Kind leidet seitdem an Appetitlosigkeit und Husten, welch letzterer die Folge einer Tracheitis ist. Man erkennt deutlich, wie der korrespondierende Zahn im Oberkiefer zum Durchbruch drängt, und sieht an der entspr. Stelle ein entzündungsartiges Aussehen der Zahnschleimhaut. Die Racheninspektion ergibt „belegte Zunge" und Angina mäßigen Grades. Das Kind erhält weiter seine übliche Nahrung, dazu aber pro Tag 2½ „Haima"-Biskuits. Anfangs scheut sich das Kind, offenbar der Schmerzen wegen, an der geschwollenen Kieferstelle das Biskuit zwischen den Kieferreihen zu zerreiben. Nachdem durch Pinseln mit Myrrhentinktur die Schmerzhaftigkeit gelindert ist, zerkleinert das Kind deutlich gerade an der Zahnungsstelle täglich 3 mal 1 Stunde lang mit Pausen die Biskuitstückchen. Gleich vom ersten Tage an, wo das Kind „Haima" erhält, ist es deutlich ruhiger. Die Eltern meinen, das Kind habe jetzt eine Beschäftigung und denke seltener an die Schmerzen. Jedoch sind auch die Nächte ruhiger und Appetitlosigkeit sowie Husten bessern sich. Der Zahndurchbruch des Gegenzahnes, sowie der nächsten Milchvorderzähne geschieht unter fortgesetzter „Haima"-Ernährung ebenfalls ohne Schwierigkeiten.

Fall 2. Herta M., 10 Monate alt, war nach Angabe der Eltern bis zum Durchbruch der ersten Zähne — im Alter von fünf Monaten — ganz gesund. Vom 6. Monat an hat das Kind — nach Angabe der Mutter — so gut wie gar nicht mehr zugenommen. Von dieser Zeit an jammert das Kind Tag und Nacht über, während es die Fäustchen wie verzweifelt in den Mund zu stecken sucht. Nach Durchbruch der ersten zwei Schneidezähne war eine kurze Pause dieser Leidenswochen von 14 Tagen; dann beim Beginn der weiteren Zahnung klagte das Kleinchen von neuem. Die Inspektion zeigt, daß die beiden unteren vordersten Zähne da sind und die ganze Nachbarpartie, sowie die gegenüberliegende Kieferpartie abnorme Schwellung aufweisen. Das Zahnfleisch macht geradezu den Eindruck einer Gingivitis. Nach Besserung derselben mittels Myrrhentinktur bearbeitet das Kindchen täglich mit großer Geduld 3½ „Haima"-Biskuits. Von den ersten Tagen der Darreichung dieser Biskuits an hat das Kind wieder wirklichen langstündigen Schlaf bei der Nacht und jammert auch am Tage seltener. Der Durchbruch der weiteren Schneidezähne erfolgt leicht, und als bei weiterer „Haima"-Darreichung sich die Backenzähne einige Monate später anmelden, sind die Eltern erstaunt, wie die von der beginnenden Zahnung der vorher durchgebrochenen Zähne ihnen bekannten bedrohlichen Symptome sich gar nicht zeigen. Die gesamten Zahnungserscheinungen bei Durchbruch der je zwei Backenzähnchen auf allen vier Seiten geht unter „Haima"-Ernährung von Anfang bis zu Ende ohne Gesundheitsschädigung des Kindes vor sich.

Fall 3. Kurt G., 3 Monate alt. Brustkind. Als das Kind 10 Wochen alt ist, glaubte die Mutter zunehmende Unruhe desselben zu bemerken. Da diese nach dreiwöchigem Abwarten eher zu- wie abnimmt, wird ärztlicher Rat nachgesucht. Es zeigt sich, daß die Mitte des Unterkiefers trotz des geringen Alters des Kindes doch schon sich etwas vorwölbt und ein klein wenig hyperämisch ist. Das Kind erhält „Haima"-Biskuits zum Zerreiben. Mit Wohlbehagen schiebt das Kleinchen die Biskuits immer gerade über der geschwollenen Unterkieferstelle hin und her. Von Stund an fühlt sich das Kind offenbar wieder behaglicher und im Alter von vier Monaten entdeckt die Mutter eines Morgens das erste durchgebrochene Zahnspitzchen, ohne das das Kleine die geringsten Störungen der Gesundheit in den Tagen vorher kund gegeben hätte.

Fall 4. Elly V., 4 Monate alt. Das Kind fühlt sich seit einigen Tagen immerzu ins Mündchen. Es ist zwar noch nichts Bestimmtes festzustellen, doch liegt die Vermutung auf der Hand, daß es sich um Zahnschmerzen handelt, die die beginnende Zahnung ankündigen. Das Kind erhält 4 mal pro Tag ein halbes „Haima"-Biskuit. Bei Palpation der Kiefer ist deutlich festzustellen, wie an den Stellen des Mundes, die vom Kindchen — meist unter leisem „Gnauen" — gewöhnlich befühlt werden, die Zähnchen bereits ihren ursprünglichen tiefen Sitz verlassen haben und schon, im Vergleich zu den sonstigen Kieferstellen, hier dem Zahnfleisch mehr sich genähert haben. Zweifellos muß diese Tatsache bei dem gespannten Zahnfleisch dem Kinde sich unangenehm fühlbar machen. Man empfindet sofort, wie von dem Kinde ein auf das Zahn-

fleisch von oben her ausgeübter Gegendruck lindernd empfunden wird. Das Kind wird nun veranlaßt, diesen Gegendruck mittels „Haima"-Biskuits auszuüben. Der Erfolg ist, daß im Alter von 5 Monaten das Kindchen die ersten Zähnchen hat, ohne auch nur eine Nacht in der Nachtruhe gestört zu sein.

Fall 5. Berta S., 8 Monate alt. Von der zweiten Lebenswoche an unzweckmäßig künstlich ernährt, mit Haferschleim und Zusatz von kondensierter Milch! An dem aufgetriebenen Leib, dem großen Umfang der Oeffnung in der großen Fontanelle, dem Fehlen jedes Zahnes sind die ersten Anzeichen von „Rachitis" festzustellen. Abgesehen von Aenderung der Nahrung (frische Kuhmilch ½ und ½ mit „Odda"-Lösung) werden dem Mägdlein pro Tag 3½ Biskuits „Haima" gegeben. Als das Kind in dieser Weise drei Monate ernährt ist, macht es bereits die ersten Gehversuche. Ferner hat sich die Fontanelle fast völlig geschlossen. Die ersten 6 Schneidezähnchen sind innerhalb dieser 3 Monate ohne jede Zahnungsstörungen erschienen.

Fall 6. Ernst F., 7 Monate alt. Das Kind steht in der beginnenden Zahnung und zwar scheint das erste untere Zähnchen im Begriff durchzuschneiden. 10 Tage lang waren Appetitlosigkeit, diarrhöische Stühle, unruhiges Hin- und Herwerfen des Kindchens, unter beständigem Hineinfassen der Fingerchen ins Mündchen, zu bemerken. Die „Haima"-Biskuits begrüßt das Kleinchen mit großer Freude. Täglich nimmt der Knabe 6 mal ein halbes Biskuit zu sich. Man sieht direkt, wie er an der geschwollenen Stelle mit den Bisquitstücken das Zahnfleisch durchreiben will. Die große Unruhe läßt schon in den ersten Tagen der Darreichung nach. In den nächsten Tagen nimmt auch der Appetit zu und bessern sich die Stühle. Nach 14 tägiger Behandlung mit „Haima" sind nicht nur ein, sondern zwei Zähnchen durchgekommen, ohne das der Kleine in den Tagen vor dem Zahndurchbruch Schmerzen, Appetitlosigkeit oder auch nur Unruhe gezeigt hätte.

Fall 7. Walter H., 14 Monate alt. Das Kind hat ausgesprochene Rachitis. Ohne Unterstützung ist das Gehen nicht möglich. Die Rippen an der Brust zeigen die typischen rosenkranzartigen Verdickungen. Der Leib ist stark aufgetrieben. Zähne sind erst zwei Schneidezähne — ein oberer und ein unterer — vorhanden. Auch der sogenannte „Laryngospasmus", das eigenartige krähende Geräusch, welches auf plötzliche krampfartige Verengerung der Stimmritze hindeutet, tritt mehrmals täglich auf. Das Kind erhält eine zweckmäßige Diät, aber keine Medikamente, insbesondere auch nicht Phosphorlebertran. Nur „Haima"-Biskuits werden dem Kinde täglich 4 mal ein ganzes verabfolgt. Das Kind bearbeitet die mittleren Kieferstellen, wo eine kleine Vorwölbung den kommenden Zahn andeutet, hartnäckig vermittelst der einzelnen Biskuitstückchen. Man beobachtet deutlich, wie das Kind die Biskuitteile immer erst herunterschluckt, wenn es nicht mehr möglich ist, dieselben mechanisch zu gebrauchen. Nach vierwöchiger Biskuitdarreichung sind die anderen 6 Schneidezähnchen auch erschienen, und zwar, wie die Mutter erklärt, mit einer Leichtigkeit, die sie nach den bei den ersten Zähnchen ausgestandenen Beschwerden nicht annehmen konnte. Weit interessanter aber ist die Tatsache, daß auch die rachitischen Symptome ohne spezifische Behandlung einfach unter „Haima"-Verabreichung und zweckmäßiger Diät in zwei Monaten völlig verschwinden. Besonders erwähnt muß insbesondere werden, daß die Anfälle von „Laryngospasmus" sich in der ersten Woche nach Beginn der „Haima"-Ernährung noch 4 mal zeigten, in der zweiten Woche 2 mal und von der dritten Woche an gar nicht mehr.

Fall 8. Annchen Z., 11 Monate alt. Leidet an eklamptischen Krampfanfällen, welche sich ohne bestimmte Regel in mancher Woche gar nicht, in der nächsten wieder fast täglich, und zwar mehrere Male dann, einstellen. Die Mutter hat jedoch keinen Zweifel in der Beziehung, daß in den Wochen, wo die zwei bis jetzt erschienenen Zähnchen durchbrachen, abgesehen von anderen Beschwerden, auch die Krämpfe weit häufiger auftraten, wie je zu irgendeiner anderen Zeit. Auch diesem Kinde ist anzusehen, daß die Krampferscheinungen in Beziehung stehen zu allgemeinen rachitischen Symptomen. Die aufgetriebenen Epiphysen der Extremitäten, die Trichterbrust, welche infolge des geschwollenen Leibes besonders typisch ist, zeigen die Rachitis schon auf die erste Inspektion. Es wird auch hier lediglich zweckmäßige Diät, insbesondere auch Gemüse- und Obstbrei und Vollmilch und außerdem „Haima"-Biskuit verabfolgt. Spezifische Rachitistherapie, darunter Phosphorlebertran, Salzbäder, wird absichtlich unterlassen. Nach 1 Monat langer „Haima"-Darreichung treten nicht weitere Krampfanfälle auf. Nach weiteren 6 Wochen sind auch die Schwellungen an den Epiphysen verschwunden und die Trichterbrust zeigt nur noch Spuren der vordem so typischen Ausprägung. Desgleichen sind im Alter von 1¼ Jahren sämtliche Schneidezähne und drei Backenzähne durchgebrochen. Die vier fehlenden Schneidezähne machten nicht die geringsten Beschwerden, ebensowenig der erste Backenzahn. Beim zweiten Backenzahn wurde dem Kinde der „Haima"-Biskuit entzogen, um festzustellen, ob wirklich die Darreichung oder Nichtdarreichung desselben betr. der Zahnung einen Unterschied mache, oder ob die Gemüsenahrung nicht schon allein genügend die Kiefer in Arbeit halte. Es war nun ganz unverkennbar, wie bei diesem zweiten Backenzahn das Kind in jeder Beziehung größere Schwierigkeiten hatte. Krampfanfälle allerdings waren nicht wiedergekehrt. Jedoch war die Dauer dieser Zahnung eine längere, als die der Vergleichszahnungen, ferner zeigte das Kind in der in Betracht kommenden Zeit große Unruhe und wollte namentlich nachts nicht schlafen. Auch eine Gewichtsabnahme von 180 g erlitt das Kind in einer Woche während der betr. Zahnung, während bei den Vergleichszahnungen keine Gewichtsabnahmen festgestellt werden konnten. Nach Durchbruch des Zahnes wurde sogleich wieder mit „Haima"-Darreichung begonnen, zumal die Mutter unwillig wurde, daß lediglich der Feststellungen wegen ihr Kind sich so „quälen" solle. Tatsächlich ging denn auch diese Zahnung des 3. Backenzahnes wieder gerade so leicht von statten, wie die der erwähnten 6 Schneidezähne und des ersten Bachenzahnes. So zeigte dieser Vergleich deutlich, wie in der Tat die Erleichterung der Zahnung einzig und allein dem „Haima"-Biskuit zugeschrieben werden muß.

Fall 9. Theodor D., 4 Monate alt. Verhältnismäßig gesundes Kind, nimmt aber trotz der Muttermilchernährung in letzten Wochen nur sehr wenig zu und ist deutlich anämisch. Das Kind bekommt die Muttermilch weiter und lediglich pro Tag vier „Haima"-Biskuit werden als Zugabe verordnet. Diese vier Biskuits entsprechen 160 Kalorien Nährwert täglich mehr. Während nun bis zum Beginn der „Haima"-Darreichung das Kind drei Wochen lang nur 30—50 g pro Woche zugenommen hatte, ist die wöchentliche Zunahme in den ersten fünf Wochen nach Beginn der „Haima"-Darreichung pro Woche durchschnittlich 230 g. Ferner ist das anämische Aussehen des Kindes nach den ersten sechs Wochen „Haima"-Ernährung einer rosigen Gesichtsfarbe gewichen. Die inzwischen erfolgte erste Zahnung ging sehr glatt, ohne Verdauungsstörung und ohne Zurücksinken der Gewichtskurve vonstatten.

Diese erwähnten Behandlungen mit „Haima"-Biskuit geben die am meisten typischen Wirkungen dieser Kinder-Ernährung wieder, wie sie bei im ganzen 40 Kindern immer von neuem sich zeigten.

Störungen des Magen-Darmkanals traten nie bei „Haima"-Ernährung auf. Die therapeutischen Erfolge der „Haima"-Ernährung waren bei erschwerter Zahnung geradezu hervorragend, desgl. bewährte sich „Haima" sehr gut bei Störungen in der Gewichtszunahme, bei Englischer Krankheit und mit dieser verbundenen nervösen Begleiterscheinungen, insbesondere Stimmritzenkrampf und allgemeinen eklamptischen Krampfanfällen.

Was die Dosierung angeht, so rate ich, Kindern im 2. Lebensmonat täglich 2 mal ½ Biskuit zu geben, im 3. Monat 3- bis 4 mal am Tage ½ Biskuit, im 4. Monat 3 mal ein ganzes.

Bei Kindern, wo „Haima" zur Hebung der Gewichtszunahme geben wird, kann man im 4. Monat schon 4 Biskuits pro Tag geben. Sonst gebe man erst im 5. und 6. Monat 4 Biskuits, und vom 7. bis 9. Monat 5, Kindern im letzten Vierteljahr des ersten Lebensjahres gebe man 6 Biskuits, älteren Kindern 6 bis 7 Biskuits.

Ich habe einmal ein Kind von 2 Jahren täglich eine Woche lang eine ganze Schachtel „Haima"-Biskuits verzehren sehen, was ihm vorzüglich bekam, obwohl dies 12 Biskuits täglich bedeutet. Im allgemeinen aber empfehle ich die von mir genannte Dosierung zu berücksichtigen, und nur, wenn man direkt zum Zweck der Gewichtszunahme „Haima" gibt, täglich 1 bis 2 Biskuits mehr zu verabfolgen.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließl. Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

Dr. A. Forell (München): **Ueber gehäuftes Auftreten von akut entzündlichen Herzerkrankungen im Kindesalter.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Wie Verf. berichtet, erkrankten in München in einem poliklinischen Bezirk, auf drei Straßen beschränkt, 7 Kinder von 5½—10 Jahren fast gleichzeitig an einer akut einsetzenden, dunklen Infektion mit deutlicher Beteiligung des Herzens. Der weitere Krankheitsverlauf zeigte, daß es sich in allen diesen Fällen um primäre Herzerkrankungen handelte, d. h. es traten, während der entzündliche Prozeß am Herzen sich entwickelte,

keine Gelenkschwellungen, keine ausgesprochenen choreatischen Symptome, keine septischen Erscheinungen auf, als deren Folge die Herzerkrankung hätte gelten könnnen. Fünf Kinder erkrankten innerhalb 2 Tagen, am 7. und 8. Juni, ein Kind am 3. Juni, der letzte Fall am 13. Juni. Unter den fünf Fällen fanden sich zwei Geschwisterpaare; drei Fälle entwickelten sich zu reinen Myokarditiden. In zwei Fällen bestand eine Kombination von Myokarditis und Endokarditis; ein Fall bot nur endokarditische Erscheinungen; in einem Falle bestand ein mächtiges perikardiales Exsudat. Jedes der Geschwisterpaare erkrankte gleichartig, das eine an Myokarditis, das andere an Endo-Myokarditis. Nur in einem Falle begann die Erkrankung mit einer ausgesprochenen Angina catarrhalis. In zwei anderen Fällen sollen die Kinder vor der Erkrankung über Halsschmerzen geklagt haben; bei einem derselben fand sich auch noch ein geringer objektiver Befund. Der Beginn der Erkrankung war immer akut, mit hohem Fieber, starker Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und ausgesprochenen Schmerzen, vornehmlich in der Herzgegend. Der Fieberabfall erfolgte frühzeitig; meist schloß sich daran ein noch mehrere Tage dauerndes subfebriles Stadium. Bei einem Kinde waren vorübergehend choreatiforme Bewegungen angedeutet. In mehreren Fällen kam es zu Leberschwellung. Häufig trat Nasenbluten auf. Die Behandlung war expektativ. Die Erkrankungen verliefen im allgemeinen gutartig; in zwei Myokarditisfällen wurde bereits ein Rückfall beobachtet. Die Aetiologie der Erkrankung konnte nicht ermittelt werden, wenigstens verliefen die bakteriologischen Untersuchungen negativ.

Dr. **H. Neue** (Greifswald): **Ueber die Auswertungsmethode des Liquor cerebrospinalis mittels der Wassermannschen Reaktion.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Wassermann hatte ursprünglich für Prüfung des Liquor cerebrospinalis auf Komplementablenkung (Wassermannsche Reaktion) 0,2 ccm Liquor bei der üblichen Versuchsanordnung vorgeschrieben. Hierbei fiel aber in vielen sicheren, auch später durch die Obduktion bestätigten Fällen luetischer und metaluetischer Erkrankungen des Zentralnervensystems die Reaktion negativ aus. Deshalb wurde von Nonne, Hauptmann und Hössli die Methode modifiziert, nachdem sie nachgewiesen hatten, daß bei Verwendung größerer Liquormengen in zahlreichen Fällen, bei denen die Untersuchung mit 0,2 ccm negativ ausfällt, ein positives Resultat erzielt werden kann. Sie arbeiten mit abgestuften Mengen von 0,2, 0,4, 0,6, 0,8, 1 ccm Liquor. Wenn die Reaktion bei Mengen bis zu 1 ccm negativ ausfällt, wird sie als tatsächlich negativ gerechnet; wenn sie dagegen zwar bei 0,2 ccm negativ, dagegen bei einer der höheren Stufen bis 1 ccm positiv ausfällt, so ist sie als positiv zu rechnen, spricht also für syphilitische oder metasyphilitische Natur der in Frage stehenden Affektion des Zentralnervensystems. Verf. untersuchte mittels dieser Methode eine Reihe zweifelhafter Fälle in der Greifswalder psychiatrischen Klinik und spricht ihr auf Grund seiner Beobachtungen eine große klinische Bedeutung zu. Ein positiver Ausfall spricht fast mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für eine syphilitische Aetiologie. Weniger beweiskräftig für eine nicht syphilitische Aetiologie ist der negative Ausfall der Reaktion, da eine Anzahl von Tabesfällen mit Lues in der Anamnese negativ reagierten. Abgesehen von Tabes glaubt Verf. aber, daß der negative Ausfall der Reaktion berechtigt, eine syphilitische Aetiologie auszuschließen.

Dermatologie.

Privatdozent Dr. **Hübner** und Dr. **E. Walter** (Marburg): **Ueber Trichorrhexis nodosa.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Die Verfasser hatten Gelegenheit, das endemische Auftreten der unter dem Namen Trichorrhexis nodosa bekannten Haarkrankheit unter den Schülerinnen der Schule in Steinbach-Hallenberg (Thüringen) zu beobachten. Das Charakteristische der Affektion besteht in einer knötchenförmigen Auffaserung der Haare an zahlreichen Stellen; die Knötchen sehen makroskopisch weiß aus, mikroskopisch zeigt sich das einzelne Haar an den Stellen der Verdickung sehr stark zerfasert und zwar derart, daß die Fasern in der Mitte der Knötchen am weitesten auseinanderweichen, während sie ober- und unterhalb desselben noch zusammenhaften. Trotzdem Knaben und Mädchen zusammen in denselben Klassen unterrichtet werden, waren nur die Mädchen von der Haaraffektion befallen, kein einziger Knabe. Die Zahl der erkrankten Kinder war verhältnismäßig groß, in manchen Klassen, besonders in den unteren, war fast die Hälfte aller Mädchen, in anderen 20—30 pCt. von der Haarkrankheit befallen; im ganzen mindestens 30 pCt. der Schülerinnen. Es waren Kinder aus allen Bevölkerungsschichten erkrankt, sowohl solche, deren Haare sehr sorgsam gepflegt wurden, wie auch solche, welche einen etwas vernachlässigten Eindruck machten. Ein Anhaltspunkt für eine Uebertragung der Krankheit von Kind zu Kind ließ sich nicht gewinnen. Die mikroskopischen und kulturellen Untersuchungen, welche bezweckten, Mikroben als Ursache der Affektion aufzufinden, ergaben ebenfalls kein positives Resultat. Auch Versuche, die Affektion auf Tiere zu übertragen, blieben ohne Ergebnis. Die Verfasser sind auf Grund ihrer Beobachtungen der Ansicht, daß die Trichorrhexis nodosa ohne Mitwirkung von Bakterien durch mechanische und physikalische Einwirkungen hervorgerufen werden kann. Ein prädisponierendes Moment muß bei dem einzelnen Individuum wohl noch hinzukommen. Die Affektion, die Ausgang vorigen Winters zur Beobachtung gekommen war, war im August 1911 nach einigen warmen Sommermonaten an Zahl und Stärke der Fälle ohne besondere therapeutische Maßnahmen bedeutend zurückgegangen; es waren nur noch 10 pCt. der Kinder von der Affektion ergriffen. Die betreffenden Kinder zeigten, wie die Verfasser bemerkten, gleichzeitig eine gewisse Dystrophie der Nägel und eine schlechte Ausbildung der Zähne, besonders der Schneidezähne. Darin sehen die Verfasser eine gewisse Disposition für die Haarerkrankung. R. L.

Chirurgie.

Prof. Dr. **Steinthal** (Stuttgart): **Ueber Icterus gravis und Anurie.** (Beitr. z. klin. Chirurgie, 1911, Bd. 76, H. 3.)

Clairmont und v. Haberer in Wien veröffentlichten im vorigen Jahre eine Arbeit „über Anurie nach Gallensteinoperationen", in der sie an der Hand von fünf einschlägigen Beobachtungen und in einigen Tierexperimenten zu folgenden Schlüssen kommen:

1. Es gibt Fälle von schwerer Gallensteinkrankheit mit Choledochusverschluß bezw. Narbenstenose desselben, bei denen im Anschluß an die Operation bedrohliche Oligurie bezw. letale Anurie auftritt.

2. Diese schwere Schädigung der Harnsekretion ist auf eine parenchymatöse Degeneration der Nieren zurückzuführen, welche, vorbereitet durch die Schädigung des Leberparenchyms, durch ein der Niere zugemutetes Plus (Operation und Narkose) ausgelöst wird.

3. Die vollständige Anurie ist begleitet von einem Versiegen der Gallensekretion, bedingt durch ein gleichzeitiges Sistieren der Leberfunktion.

4. Das Auftreten der Störung der Nierenfunktion läßt sich nicht auf ein einzelnes Moment, wie z. B. langdauernder Ikterus, allein zurückführen, sondern ist entschieden durch eine Summe von aus der Schwere der Krankheit resultierenden Momenten bedingt. Individuelle Disposition scheint dabei eine große Rolle zu spielen.

5. Besonders zu betonen ist, daß, wenigstens nach unseren Beobachtungen, in solchen Fällen jedwedes Symptom von seiten der Niere fehlt; dabei ist

6. im einzelnen Falle von seiten des Chirurgen eine bestimmte Prognose nicht zu erwarten.

Die beiden Autoren konnten ähnliche Beobachtungen in der Literatur nicht auffinden, und deshalb berichtet St. über folgende von ihm gemachte Beobachtung: Eine 39jährige Patientin bot zunächst Symptome von seiten des Magens, um nach einem plötzlichen Schmerzanfall in der rechten Oberbauchgegend ikterisch zu werden. Unter der Diagnose Choledochusverschluß durch Gallenstein wurde der Leib eröffnet, die steinhaltige Gallenblase exstirpiert, der Choledochus aber leer gefunden. Am dritten Tage nach der Operation ging die Patientin anurisch zugrunde; dabei war auffällig, daß auch die Sekretion von seiten der Leber minimal war, die Patientin aber im Gegensatz zu den Fällen der Wiener Klinik schon vor der Operation eine leichte Störung der Nierentätigkeit aufwies. Bemerkenswert ist ferner, daß der Choledochus wie die Lebergallengänge kein Hindernis zeigten und die Nieren eine hochgradige akute Nephritis darboten.

Verf. bespricht nun den Icterus gravis im Zusammenhang mit der postoperativen Anurie. Clairmont und v. Haberer bringen, wie schon gesagt, in ihren Fällen den Ikterus und die Anurie in ein kausales Verhältnis derart, daß sie eine schon vor der Operation bestehende Nierenkomplikation durch die Schädigung des Leberparenchyms vorbereitet sein und infolge der Narkose, sowie der Operation noch zunehmen lassen.

St. war zunächst der Ansicht, daß der unglückliche Ausgang in seinem Fall, sowie in den Fällen der Wiener Klinik doch mehr auf das Konto der Narkose zu setzen sei als auf einen besonderen deletären Einfluß der erkrankten Leber auf die Nieren. Mit anderen Worten: Verf. glaubte diese Fälle ähnlich wie Stierlin als protrahierte Chloroformtodesfälle auffassen zu sollen. Nun scheint aber doch die Auffassung von Clairmont und v. Haberer, daß eine postoperative Anurie in erster Linie auf eine schon vor der Operation bestehende Leberinsuffizienz zu beziehen sei, zu Recht zu bestehen, denn in der Diskussion zu Verfassers Meinung haben Prof. v. Beck aus dem städtischen Krankenhause in Karlsruhe und

Dr. Simon aus dem städtischen Krankenhause in Mannheim zwei sehr interessante Beobachtungen mitgeteilt, aus denen klar hervorgeht, daß bei Icterus gravis auch ohne die Narkose sich ganz rasch eine tödliche Anurie entwickeln kann. Dabei ist es von großem Interesse, daß speziell in dem Beckschen Fall, ähnlich wie in dem vorliegenden, eine chronische Cholecystitis vorlag, ohne daß sich im Choledochus ein stärkeres Hindernis fand. Kr.

Arthur W. Meyer: Ueber traumatische meningeale Spätblutungen. (Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, Bd. 23, H. 5.)

Fall 1: Fünf Tage nach Sturz von einem Motorrad auf die linke Kopfseite gesellen sich zu den Symptomen der Commotio cerebri typische Kompressionserscheinungen, und zwar ausgehend von der rechten Großhirnhemisphäre, obwohl die Kontusion links erfolgte. Die Trepanation rechts ergab ein subdurales Hämatom ohne Schädelfraktur. Der Fall beweist die Möglichkeit des Vorkommens subduraler kontralateraler Hämatome durch „Contrecoup". Das „freie Intervall" war durch die Symptome der Commotio cerebri verwischt. Vorübergehend Diabetes insipidus. Völlige Heilung.

Fall 2: Fall auf die linke Schläfengegend infolge Sturzes beim Radfahren. Trotz häufiger Kopfschmerzen arbeitete Patient noch drei Wochen lang nach dem Unfall weiter als Zementarbeiter. Dann Auftreten von heftigen Kopfschmerzen, Verwirrtheit, allmählich zunehmende Bewußtseinsstörung, schließlich Somnolenz. Patellar- und Achillessehnenreflexe links < rechts, Babinski links meist +. Die Hirnpunktion sicherte die Diagnose des rechtsseitigen Hämatoms, während die Lumbalpunktion blutfreien Liquor ergab. Die Trepanation ergab ein sehr großes subdurales Hämatom zwischen hinterem und mittlerem Ast der Arteria meningea media. Tod 14 Tage p. op. an Meningitis purulenta.

Fall 3: Seit 8 Tagen starke Stirnkopfschmerzen, Schwindelgefühl, Ohrensausen, zunehmende Gedächtnisschwäche. Status: Somnolenz, rechte Pupille > linke, Ataxie, Inkontinenz, rechtsseitige Hemiparese, Muskelzuckungen des rechten Armes, rechts Babinski meist +. Fünf Wochen zuvor war ein Kopftrauma erfolgt. Diagnose: Linksseitige traumatische meningeale Spätblutung. Hirnpunktion in der linken motorischen Region entleert 30 ccm braunrotes dunkles Blut. Trepanation ergibt ausgedehnten epiduralen und subduralen Bluterguß. Linke Hirnhemisphäre hochgradig komprimiert, hebt sich nicht nach der Entleerung des Hämatoms. Tod 2 Tage p. op. an Nachblutung.

Die Fälle beweisen, daß im Gegensatz zu den epiduralen Blutungen bei den subduralen ein langes, mehrwöchiges Latenzstadium („freies Intervall") ziemlich häufig vorkommt. Sie beweisen ferner, daß bei meningealen Blutungen, insbesondere bei subduralen, Lähmungen in der Regel zuerst gänzlich fehlen oder nur angedeutet sind und sich erst allmählich zur Hemiplegie zu entwickeln pflegen, während bei cerebralen Blutungen bekanntlich die Hemiplegie von Anfang an das Krankheitsbild beherrscht. Die Fälle beweisen endlich die diagnostische Bedeutung der Neisser-Pollackschen Hirnpunktion. Adler (Berlin-Pankow).

Otologie.

B. Heine (München): **Ueber die sogenannte „Otosklerose".** (Die Therapie der Gegenwart, Januar 1912.)

Verfasser setzt der Bezeichnung der zur Schwerhörigkeit führenden Ohrerkrankung das Wort „sogenannt" vor, weil der Name „Otosklerose" unseren heutigen pathologisch-anatomischen Kenntnissen von der Erkrankung nicht mehr entspricht. Er ist aber beibehalten worden, weil das klinische Bild sich nicht geändert hat, weil er für dasselbe allgemein eingeführt ist und wir schließlich vorläufig keinen besseren haben. Mit Sklerose bezeichnete zuerst v. Tröltsch eine Erkrankung des Mittelohrs, bei welcher die Paukenschleimhaut dichter, starrer und unelastischer wird, welche Veränderung sich am Trommelfell, am Hammeramboßgelenk und insbesondere an den beiden Fenstermembranen als für die Vibrationsfähigkeit derselben sehr störend erweist und schließlich zu vollständiger Starrheit der Gelenke der Gehörknöchelchen und zu gänzlicher Unbeweglichkeit des Steigbügels infolge der Verkalkung und Verknöcherung des Ligamentum annulare (Synostosis stapedis) oder auch zu gleicher Erstarrung des runden Fensters führt. Tröltsch betrachtete zwar diese Krankheitsform noch als eine Unterabteilung des chronischen, einfachen „trockenen" Ohrkatarrhs, weist aber doch schon darauf hin, daß eine genauere pathologisch-anatomische Untersuchung ihr vielleicht eine selbständige Stellung geben wird. Ferner läßt er die Frage offen, ob es sich nicht statt der Sklerose der Paukenschleimhaut um eine pathologische Veränderung der Knorpelelemente an den Knöchelchen, etwa eine knöcherne Metamorphose derselben handle. Nachdem in der Folgezeit in einer großen Reihe von Arbeiten Fälle von knöcherner Fixation des Steigbügels veröffentlicht worden waren, beschrieb Bezold zuerst einen solchen, der genau auf seine Hörfunktion untersucht worden war und der den charakteristischen Symptomenkomplex gezeigt hatte. Manometrische Messungen am Labyrinth bewiesen zunächst die absolute Unbeweglichkeit des Stapes, die sich nach Maceration des Schläfenbeins als Folge einer Verkalkung des Ringbandes erwies. Katz erbrachte dann den histologischen Nachweis, daß die „Stapesankylose" nicht selbständig für sich allein auftrat, sondern gewissermaßen nur als der Abschluß einer Knochenerkrankung anzusehen ist, die in der Labyrinthkapsel spielt. Seine Befunde wurden von anderen Forschern bestätigt und erweitert. Danach handelt es sich um einen in einzelnen Herden im Knochen sich abspielenden Prozeß, der den elfenbeinartigen, kompakten Knochen des Labyrinths in Spongiosa verwandelt, kurzum eine Spongiosierung der Labyrinthkapsel. Der Prozeß geht in zwei Phasen vor sich, die gleichzeitig an verschiedenen Stellen zur Beobachtung kommen können. An der einen sehen wir, wie der Knochen eingeschmolzen ist und sich Räume gebildet haben, die reichlich strotzend gefüllte Gefäße enthalten nach Analogie der Ostitis vasculosa Volkmanns, an einer anderen finden wir eine Neubildung von osteoider Substanz, die zur Ausfüllung der Räume und zur Umwandlung des Knochens führt.

Können auch die Herde über die ganze Kapsel zerstreut sein, so scheint doch ihre Prädilektionsstelle die vordere und obere Umrandung des ovalen Fensters zu sein. Hier bleibt es in der Regel auch nicht bei dem Ersatz des abgebauten Knochens, sondern das osteoide Gewebe wuchert über das ursprüngliche Niveau hinaus in das Ringband und von da zur Fußplatte, an der der gleiche Prozeß spielen kann, und zu den Schenkeln des Steigbügels (spongiöse Hyperostose). Die Folge ist eine absolute Unbeweglichkeit dieses Gehörknöchelchens; seine Fußplatte ist nicht mehr imstande, Schallschwingungen in der normalen Weise auf die Labyrinthflüssigkeit zu übertragen.

Ueber die Aetiologie der Erkrankung wissen wir nichts Sicheres. Die klinischen Erscheinungen der Otosklerose sind: fortschreitende Schwerhörigkeit, subjektive Gehörsempfindungen (Sausen, Summen, Klingen usw.), zuweilen Schwindelanfälle, Schmerzen, Paracusis Willisii.

Die Prognose ist schlecht. Es erkranken fast regelmäßig beide Ohren. Wenn auch absolute Taubheit nur selten eintritt, so wird das Gehör in der Regel so stark herabgesetzt, daß sich schließlich der Kranke nur mühsam mit seiner Umgebung durch die Sprache verständigen kann. Allerdings können, bis es soweit kommt, Jahrzehnte vergehen; rapid zunehmende Gehörverschlechterung ist verhältnismäßig selten.

Nach den oben geschilderten anatomischen Veränderungen, die die Grundlage der Erkrankung bilden, ist es ohne weiteres klar, daß die Therapie so gut wie machtlos ist. Trotzdem können wir nicht auf sie verzichten, weil es grausam wäre, dem Kranken jede Hoffnung auf Besserung zu nehmen, weil auch tatsächlich solche, wenn auch nur subjektiver Natur, vorkommt und weil es auch nicht ausgeschlossen ist, daß durch Hebung des Allgemeinzustandes und bessere hygienische und klimatische Verhältnisse ein Stillstand des Leidens erzielt wird. Die lokale Therapie beginnt in der Regel mit Lufteinblasungen mittels des Politzerschen Ballons oder des Katheters. Sie schaffen dem Kranken manchmal vorübergehende Erleichterung. Ein sehr beliebtes Hilfsmittel bei Behandlung der Sklerose ist die pneumatische Massage des Trommelfells. Man glaubt dadurch eine Mobilisation des Steigbügels zu erreichen. Während bei dieser Methode die Knöchelchen erst vermittelst des Trommelfells in Bewegung gesetzt werden, greift sie die Lucaesche Drucksonde direkt an. Wenn sie auch bei der eigentlichen Sklerose kaum von Nutzen sein kann, so leistet sie doch bei bindegewebiger und narbiger Fixation der Gehörknöchelchen infolge von chronischem Mittelohrkatarrh oder von Mittelohrentzündungen gute Dienste.

Man hat ferner versucht, durch Entfernung des ankylosierten Steigbügels das Hindernis zu beseitigen, das die Schallwellen an ihrem Eindringen ins Labyrinth aufhält. Die Erfolge dieser Operation waren aber nicht befriedigend.

Innerliche Mittel sind ebenfalls versucht worden und neue werden immer wieder empfohlen, ein Beweis, wie wenig Erfolg auch diese Therapie hat. Die Mittel gegen die subjektiven Geräusche sind auch sehr zahlreich. Am besten haben sich Verf. noch das Bromammonium, das Chinin in kleinen Dosen und das Isopral bewährt.

Da uns die lokale wie die innere Therapie für gewöhnlich im Stich läßt, so müssen wir versuchen, vor allem den Allgemeinzustand des Kranken zu heben. Kr.

Ophthalmologie.

Oscar Mauch: Die Sklerotomie in der Behandlung des infantilen Glaukoms. Mitteilung der Ergebnisse dieser Operation, wie sie in den Jahren 1881—1910 aufgezeichnet wurden in der Universitätsaugenklinik in Zürich. Direktor: Prof. Dr. O. Haab. (Dissertation, Zürich 1911.)

Das Glaucoma infantile ist die durch den jugendlichen Zustand des Auges bedingte modifizierte Form der glaukomatösen Erkrankung. Der in jugendlichem Alter offenbar dehnungsfähigere Wandungen besitzende Augapfel vergrößert sich, dem pathologisch gesteigerten intraokulären Druck nachgebend mehr in toto. Bei Glaukom der Erwachsenen, wo dieser Druck nicht allseits so nachgiebige Medien vorfindet, macht sich seine schädigende Wirkung hauptsächlich geltend durch die Zurückdrängung der Papilla optica. Beim Kinderauge beteiligen sich also alle Umhüllungshäute durch Dehnung daran, dem hypertonischen Inhalt Raum zu schaffen und so kommt es, daß die Papille, die jetzt nicht allein den ganzen Schaden zu tragen hat, oft keine so ausgiebige Excavation zeigt, wie das später vom Glaukom befallene Auge. Wird der Krankheit aber nicht zeitig genug Halt geboten, oder sistiert sie nicht von selbst — was selten genug vorkommt —, so wird die Excavation so vollständig, wie beim Erwachsenen. Die typischen Symptome der Affektion bestehen anfänglich in Drucksteigerung, Mattheit und Trübung der Cornea, oft mit Lichtscheu verbunden, Excavation — die oft nur gering ist —, vermindertem Sehvermögen und Vergrößerung des Augapfels. Die letztere Erscheinung, die später objektiv zuerst auffällt, hat zu der Bezeichnung Buphthalmus geführt; auch Hydrophthalmus und Augenwassersucht sind gebräuchliche Namen, die sich auch aus der scheinbaren Hypersekretion des Kammerwassers herleiten.

Die Prognose der Krankheit war bis vor wenigen Jahren eine sehr schlechte. Nur ausnahmsweise kommt der Prozeß von selbst zum Stillstand. Völlige Erblindung ist bei weitem die häufigste Folge. Zu der vollständigen Atrophie der Papille gesellt sich meist eine ausgedehnte, intensive Hornhauttrübung; Ektasien, besonders in der Ziliargegend, Katarakt, Linsenluxation treten hinzu. Oft geschieht es, daß der fast oder ganz Blinde bei irgendeiner Kopfbewegung mit einem prominierenden Gegenstande zusammenstößt: dann platzt das Auge, Vereiterung, innere Blutungen, Phthisis bulbi sind dann das Ende. Höchst selten zeigen die Patienten auch noch im mittleren Alter ein brauchbares Sehvermögen. Solche deletäre Wirkungen zu vermeiden oder wenigstens abzuschwächen, sind im Laufe der Zeit die mannigfaltigsten Versuche gemacht worden. Man ist medikamentös oder operativ vorgegangen; die besten Resultate zeitigte eine Kombination beider Verfahren. Ueber die eine Seite: das Medikament, seine Dosierung und Applikation, ist man einig. Ueber die andere: soll das Messer der Iridektomie oder Sklerotomie angesetzt werden? ist man noch im Streit. Auf Grund der statistischen Untersuchungen, die Verfasser an dem großen Material der Züricher Augenklinik vorgenommen, ist er zu der Ueberzeugung gelangt, daß die Sklerotomie eine sehr zu empfehlende Operation sei, und viel größere Verbreitung bei der Behandlung dieser Fälle verdiene.

F.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Prof. Dr. **Plehn** (Berlin): **Zur Kenntnis der Wirkungsweise der Phenylchinolincarbonsäure (Atophan) bei chronischer Gicht.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Verf. berichtet über sechs Fälle von chronischer Gicht der Gelenke (z. T. kombiniert mit chronischem und subakutem Gelenkrheumatismus), bei denen er mit Erfolg Atophan angewendet hat. Nach seinen Ergebnissen kann die Gichtdiagnose von einer Vermehrung der Harnsäure im Blut allein nicht abhängig gemacht werden. Das Atophan steigert die Harnsäureausscheidung bei den meisten chronisch Gichtkranken bis auf das Doppelte und mehr; die Mehrausscheidung dauert bei ihnen länger als bei Gesunden. Die Wirkung auf die lokalen Entzündungserscheinungen ist gewöhnlich sehr gut. Um diese Wirkung dauerhaft zu machen, ist nach Verf. langer Fortgebrauch des Mittels und seine Unterstützung durch den übrigen Heilapparat nötig. In der Praxis wird man Atophan mindestens so lange anwenden, bis die Kontrolle der Harnsäureausscheidung längere Zeit konstante niedrige Werte ergibt. Dies ist möglich, weil das Mittel nach des Verfassers Erfahrungen, selbst nach vielwöchigem Gebrauch, niemals Beschwerden hervorruft. (Weintraud beobachtete allerdings einige Male Nierensteinsymptome, die er auf überreiche Harnsäureausschwemmung zurückführt; er empfiehlt, dem durch Alkalisieren des Harns mittels Natr. bicarbonic.-Darreichung vorzubeugen.) Was die Dosierung anlangt, so kam Verf. mit 3- bis 4 mal täglich 0,5 g Atophan aus, aber auch 4 g wurden anstandslos vertragen. Allmählich geht man mit der Dosis auf 0,5 g pro die zurück, bevor man mit der Atophandarreichung ganz aufhört. Einer der größten Vorzüge des Atophans besteht darin, daß es die frühzeitige energische Anwendung der mechanisch-physikalischen Behandlungsmittel ermöglicht.

R. L.

Dr. **W. Hamburger** (Chicago): **Arteriosklerotische Veränderungen der Abdominalgefäße.** (Interstate Med. Journal, 1911.)

Das klinische Bild der Abdominalarteriosklerose ist charakterisiert durch Weichheit und Größe des Abdomens (ohne Peristaltik), durch starke paroxysmale Schmerzen, Obstipation, Hypertension und zeitweilige plötzliche profuse Hämatemesis. Die Pathologie der Abdominalarteriosklerose ist ähnlich der Sklerose der peripheren Gefäße; die größeren Gefäßäste der kleinen Kurvatur des Magens sind sehr häufig involviert; vorgeschrittene Sklerose der Magengefäße scheint eine ganz direkte Wirkung auf die Entstehung von Magengeschwüren zu haben.

Intravenöse Injektionen mäßiger Dosen von Diuretin bewirken bei Hunden ein Sinken des Blutdruckes in der Carotis, anscheinend durch Erweiterung der Splanchnicusgefäße. Dies kann die Wirkung, die man klinisch bei Angina abdominis nach Anwendung von Diuretin sieht, erklären.

Dr. med. et phil. **J. Regensburg** (Friedrichstadt in Kurland), früher Assistent der großh. Landesirrenanstalt in Alzey: **Meine Erfahrungen mit Bromural-Knoll.** (Zentralbl. f. d. ges. Therapie, 1911, H. 12.)

Im Gegensatz zur Therapie der vollentwickelten Psychosen, die über eine stattliche Reihe von wirksamen Schlaf- und Beruhigungsmitteln verfügt, ist ein Mangel an rationellen Einschläferungsmitteln auf dem Gebiete der psychischen Grenzzustände nicht zu leugnen. Die bei der Behandlung von Psychosen in Anwendung kommenden Sedativa und Hypnotica entfalten in der Regel eine kräftige, schlafmachende Wirkung, sind aber in der Mehrzahl nicht frei von unerwünschten Neben- und Nachwirkungen. Bei der Behandlung der Psychoneurosen kann man die Anforderungen in bezug auf die Intensität der schlafmachenden Wirkung heruntersetzen; desto höher muß man sie aber hinsichtlich des Ausbleibens der Folgezustände stellen.

Ein in diesem Sinne mildes, nicht sehr intensiv wirkendes Schlaf- und Beruhigungsmittel stellt das Bromural dar, dessen wirksames Prinzip erwiesenermaßen nicht im Bromatom, sondern in der Isopropylgruppe zu suchen ist. Die günstigen Erfahrungen mit Bromural (gesammelt an der großh. Landesirrenanstalt und in des Verfassers Heimat) beziehen sich fast ausschließlich auf Erregungszustände psychoneurotischen Charakters. Es folgen mehrere Krankengeschichten, aus denen hervorgeht, daß Bromural ein sehr brauchbares Mittel zur symptomatischen Behandlung der Psychoneurosen darstellt.

K.

Dr. med. **Braitmaier**, Arzt für innere Krankheiten in Kiel: **Beiträge zur Kasuistik der neuen Eiweißpräparate Riba und Riba-Malz.** (Die Therapie der Gegenwart, November 1911.)

Es handelt sich um ein aus Fischfleisch gewonnenes Albumosenpräparat, dessen hervorragende Eigenschaften in vollkommener Wasserlöslichkeit, in auffallend hohen Resorptionswerten und in reizloser Annahme durch Magen und Darm bestehen. Selbst bei hoher Dosierung hat Verf. nie andere Beschwerden auftreten sehen, als zweimal leichten Durchfall unter ca. 250 Fällen. Bei sämtlichen Formen von Erkrankungen des Magens und Darmes wurden Riba und Riba-Malz ohne Beschwerden genommen und vertragen. Der anfänglich störende, unangenehme Geruch ist in letzter Zeit bei Riba und auch bei Riba-Malz fast ganz verschwunden, so daß bei geeigneter und abwechslungsreicher Zubereitung nur ganz selten Widerwillen gegen das Präparat auftritt. Die Art der Darreichung unterliegt dem individuellen Geschmacke. Während die einen Wasser, Milch, Kaffee oder Tee als günstigsten Träger ausprobiert haben, ziehen andere Hafer-, Reis-, Gersten- und andere Suppen vor. Auch in Gemüse und Pudding läßt sich das Mittel günstig unterbringen. Durchweg hat Verf. die Erfahrung gemacht, daß es sowohl für den Geschmack als auch für die Resorptionsfähigkeit wichtig ist, das Mittel vor dem Genuß vollständig in Lösung zu bringen. Empfindlichen Patienten rät Verf. durchweg, die Zubereitung nicht selbst zu besorgen, sondern sie in der Küche etwa eine Stunde vor dem Genuß vornehmen zu lassen. In den meisten Fällen ließ Verf. bei Erwachsenen dreimal täglich einen Eßlöffel, bei Kindern dreimal täglich einen Teelöffel nehmen; in geeigneten Fällen hat er diese Mengen je nach Bedürfnis über- oder unterschritten. Wenige Male war er gezwungen, das Präparat entweder per Rektum einzuschmuggeln oder aber in 10 bis 15 kleinen Dosen im Laufe des Tages zu verabreichen. Zum

Schluß erwähnt Verf. noch eine von den Riba-Werken neu eingeführte Form, die Riba-Schokolade, von besonders gutem, kräftigem Geschmack und voller Ribawirkung. Kr.

Geburtshilfe.

Otto v. Herff und **Louis Hell** (Basel): **Secacornin oder Pituitrin unter der Geburt?** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Die Verfasser empfehlen das Secacornin der Firma Hoffmann-la Roche als Mittel gegen Wehenschwäche höheren Grades, und zwar nur, wenn die Wehen gleichzeitig zu selten und zu schwach sind. Man kommt mit 0,25 ccm aus (¼ Spritze). Wenn die Wehen nachlassen sollten oder ein ungenügender Effekt erreicht worden ist, kann man die Dosis wiederholen. In der Basler Frauenklinik wurde Secacornin bei etwa 100 Fällen schwerer und schwerster Wehenschwäche in dieser Weise angewendet. Von diesen entfallen 63 auf die Eröffnungszeit und 37 auf die Austreibungsperiode. Bei noch erhaltener Cervix wurde 10 mal Secacornin gegeben mit zwei Versagern; eine zu schwache Wirkung wurde 4 mal verzeichnet. 84 mal wurde Spontangeburt erzielt, 13 mal mußte die Zange angelegt werden, 1 mal wurde die Hysterotomia anterior ausgeführt (bei künstlicher Frühgeburt im 7. Monat wegen schweren Herzfehlers). — Von den 100 Müttern sind zwei gestorben, die eine 5 Stunden nach der Geburt an einer schon vorher bestehenden schweren Staphylokokkeninfektion, die zweite kurz nach der Geburt an Herzschwäche infolge akuter Dilatation des Herzens. Von den 100 Kindern gingen 8 verloren, und zwar an Komplikationen, die außer Zusammenhang mit dem Secacornin stehen. Nur in einem einzigen Falle, bei dem nachher Pituitrin gegeben wurde, kam es zu einer Atonie in der Nachgeburtsperiode. — Zweimal wurde Pituitrin abwechselnd mit Secacornin gegeben. Beide Mittel wirkten ungefähr gleich. Aber Secacornin begünstigt keine Atonien, im Gegenteil, es verhindert sie oder schränkt sie ein. Secacornin entfaltet seine Wirkung allmählich, die Akme wird meist erst in der dritten halben Stunde erreicht, dafür hält sie aber bis zu drei Stunden an. Pituitrin hingegen wirkt rasch, aber die Wehenverstärkung hält nicht so lange an wie bei Secacornin; daher die nicht seltenen Atonien nach Pituitrin. Deswegen ist das Secacornin dem Pituitrin bei Wehenschwäche nach den Verfassern weit vorzuziehen. Zum Schluß weisen die Verfasser darauf hin, daß das neue Präparat Pituglandol von Hoffmann-la Rohe dem Pituitrin gleichwertig ist. Gegen schwere Atonien hat sich Secacornin in Verbindung mit Pituglandol besonders bewährt. R. L.

Dr. **Otto Podzahradsky**, gew. Assistent des Frauenhospitals in Wien: **Zur Therapie der Nachwehen.** (Wiener med. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Die im Wochenbette auftretenden schmerzhaften Wehen werden nur bei einer geringen Anzahl von Wöchnerinnen beobachtet. Verf. fand dieselben unter 340 Geburten 71 mal auftreten, also in 20,9 pCt. Der Grund für das Auftreten schmerzhafter Nachwehen liegt vermutlich in der besonders schnellen Rückbildung des Uterus. Aus dem Umstande, daß bei Mehrgebärenden die Fähigkeit, besser zu stillen, besteht und auch die Rückbildung des Uterus schneller vor sich geht, läßt sich auf einen gewissen Zusammenhang zwischen Laktation und Uterusinvolution schließen. Diese Tatsache, verbunden mit der Beobachtung, daß gerade die Frauen, bei denen Verf. eine gute Laktation und schnelle Involution des Uterus beobachtet hat, über schmerzhafte Wehen im Wochenbette klagten, spricht sehr für die Annahme, daß nur bei rascher Involution des Uterus Nachwehen vorkommen. Daß auch ein sicherer Konnex zwischen Nachwehen und Laktation besteht, erhärtet auch die oft gemachte Erfahrung, daß viele Frauen nur während des Stillaktes über schmerzhafte Wehen klagen. In den von Verf. näher beobachteten 71 Fällen begannen die Nachwehen in 60 Fällen (84,5 pCt.) am ersten Tage, in 7 Fällen (9,9 pCt.) am zweiten Tage und in 4 Fällen (5,6 pCt.) am dritten Tage post partum und betrafen meist Mehrgebärende. Was die therapeutische Bekämpfung der Nachwehen anlangt, so fanden sich in der Literatur nur sehr spärliche Angaben. Vielfach werden warme Umschläge empfohlen. Meistens aber ist man gezwungen, ein Alkaloid zu verabreichen. Als das gebräuchlichste und relativ unschädlichste gilt im allgemeinen das Codein, welches wohl in einigen wenigen Fällen von leichten Nachwehen manchmal gute Dienste leistet. Gewöhnlich greift man zu stärker wirkenden Alkaloiden, wie Opiumtinktur, Morphium, Pantopon etc., Mittel, welche sowohl für die Mutter als auch namentlich für das von der Mutter genährte Kind nicht ganz gleichgültig sind. Von der Voraussetzung ausgehend, daß bei ähnlichen Krampfzuständen des Uterus (spastischer Dysmenorrhoe) und bei Spasmen anderer Organe, wie der Blase und des Rektums, u. a. die Darreichung von Antipyrin von gutem Erfolge begleitet war, begrüßte Verf. daher in ihm ein viel weniger schädliches und, wie zu hoffen war, ein gut und rasch auf schmerzhafte Uteruskontraktionen wirkendes Mittel. Dieses gestattet überdies eine relativ höhere und oftmalige Dosierung. Ermutigt durch die günstigen Ergebnisse, welche er gleich bei den ersten so behandelten Fällen hatte, wendete Verf. das Antipyrin bei einer ganzen Reihe von Wöchnerinnen an. Hierbei wurde die Beobachtung gemacht, daß namentlich die krampfstillenden Komponente des Antipyrins zutage trat, welche sich mit der sedativen Wirkung des Medikamentes in günstiger Weise kombinierte. Die antispastische Wirkung des Antipyrins ließ sich in einzelnen Fällen ganz offenkundig nachweisen, insofern der steinharte, in tonischer Kontraktion sich befindende Uterus auf Antipyrinverabreichung weich wurde und gleichzeitig die Schmerzen schwanden. Von Nebenwirkungen wurde nur in zwei Fällen Erbrechen nach Anwendung des Antipyrins beobachtet. Verf. verabreichte das Antipyrin gewöhnlich in der Dosis von 0,5—1,0 g, und zwar nur bei Frauen, die spontan über Nachwehen klagten. Dabei genügte in der Mehrzahl der Fälle (47 mal) schon eine einmalige Dosis von 1,0 g Antipyrin, um die sofortige und gänzliche Sistierung oder ein bedeutendes und baldiges Nachlassen der Krämpfe zu bewirken. In den übrigen Fällen (22 mal) mußte eine wiederholte Dosis verabfolgt werden. Dies geschah entweder einige Stunden nach der ersten Verabreichung, sei es, daß die erste Medikation nicht genügte, sei es, was auch meistens der Fall war, daß die erste Dosis zwar von Erfolg, aber nicht von dauerndem begleitet war. Den Frauen, welche hauptsächlich während des Säugens über Schmerzen klagten, verabfolgte Verfasser eine Viertelstunde vor dem Stillakt Antipyrin mit sehr günstigem Resultat. Ausgesprochene Mißerfolge hatte Verf. nur in zwei Fällen. Kr.

Chirurgische Therapie und Technik.

Dr. **Friedrich Brunner** (Zürich-Neumünster): **Vorsicht mit dem Skopolamin.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Verfasser berichtet über seine Erfahrungen mit dem Skopolamin-Pantopon als Einleitung zur Inhalationsnarkose. Seine Erfahrungen sind weniger befriedigend als die anderer Autoren. Er hat 202 Skopolamin-Pantoponnarkosen gemacht, davon 182 mit nachfolgender Aethernarkose, 11 mit nachfolgender Chloroformnarkose; die übrigen Fälle waren Mischnarkosen (mit Billroth scher Mischung). Es wurde das Skopolamin in 1 proz., das Pantopon in 2 proz. Lösung angewendet; und zwar erhielten Frauen 1½ Stunden vor der Operation 0,02 Pantopon, 1 Stunde vor der Operation 0,02 Pantopon, 0,0004 Skopolamin; Männer 1½ Stunden vor der Operation 0,02 Pantopon, 1 Stunde vor der Operation Pantopon 0,02, Skopolamin 0,0007. Bei Patienten unter 16 Jahren kamen die Einspritzungen nicht zur Anwendung. Vorzüge der Skopolamin-Pantoponinhalationsnarkose, die Verf. anerkennt, sind, daß sie für die Patienten sehr angenehm sind und daß die Speichelsekretion fortfällt; infolgedessen sind postoperative Pneumonien seltener als sonst. Was das Erbrechen anlangt, so ist es zwar während der Narkose viel seltener, was immerhin ein Vorteil ist; nach der Narkose ist das Erbrechen aber mindestens ebenso häufig wie ohne Skopolamin-Pantopon. Verf. belegt dies durch spezielle Zahlenangaben. Was den Verbrauch des Inhalationsnarkoticums anlangt, so findet sich in der Literatur fast durchgehends die Angabe, daß er bedeutend herabgesetzt sei. Verf. kann dies, wenigstens für den Aether, nicht bestätigen. Die Verminderung der zur Narkose erforderlichen Aethermengen durch Skopolamin-Pantopon ist nicht sehr bedeutend; durch eine kleine Menge Billroth scher Mischung (resp. Chloroform) wird mindestens derselbe Effekt erzielt. Zum Schluß erörtert Verf. die Frage der relativen Ungefährlichkeit des Skopolamin-Pantopon und Skopolamin-Morphin. Es kommt hierbei nicht nur auf die Zahl der Todesfälle, sondern auch auf die Häufigkeit und Gefährlichkeit sonstiger übler Zufälle an. Charakteristisch für die Skopolaminnarkose ist die Lähmung des Atemzentrums resp. die Oligopnoe, die verhältnismäßig häufig nach Skopolaminnarkosen aufzutreten scheint. Auch Verf. hat zwei derartige Fälle erlebt, die er genauer mitteilt. In dem ersten Falle (74 jährige Patientin, Mammaexstirpation) gelang es durch künstliche Atmung, die Patientin zu retten. Auch der zweite Patient (39 jähriger, wegen Inguinalhernie operierter Mann) wurde zunächst am Leben erhalten, erlag aber 7 Tage nach der Operation einer doppelseitigen Pneumonie, die Verf. auf die Atemlähmung und die durch sie notwendig gewordenen Maßnahmen zurückführt. — Verf. glaubt auch nicht, daß das Pantopon besondere Vorzüge vor dem Morphium hat. Er persönlich ist zur reinen Inhalationsnarkose zurückgekehrt und empfiehlt, wenn man das Skopolamin-Morphin oder Skopolamin-Pantopon anwendet, mit der Dosierung vorsichtig zu sein, also geringere Dosen als die oben angegebenen anzuwenden.

Marineoberstabsarzt Dr. **Knoke** (Kiel): **Phlegmonenbehandlung der oberen Extremitäten mittels Zirkumzision.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Ausgehend von der Erwägung, daß bei Phlegmonen die Weiterverbreitung der Krankheitsstoffe in der Hauptsache

durch die Lymphgefäße vor sich geht, hat Nösske neuerdings empfohlen, bei Phlegmonen der oberen Extremitäten das Fortschreiten des Prozesses dadurch zu verhindern, daß die Lymphgefäße hoch oben am Oberarm, dicht unterhalb der Achselhöhle an der Innenseite, wo sich die Gefäße vom Rücken her bereits mit denen an der Beugeseite vereinigt haben, durch einen etwa 5 cm langen Hautschnitt, der bis auf die Oberarmfascie reicht, durchschnitten werden. Verf. hat diese Methode schon mehrfach mit Erfolg angewendet. In einem weiteren Falle, den Verf. hier mitteilt, hat er gefunden, daß dies Verfahren nicht nur als prophylaktische Maßnahme, sondern auch rein therapeutisch bei schweren, vorgeschrittenen Phlegmonen der oberen Extremität Hervorragendes zu leisten vermag. Es handelte sich um eine von einer Fingerverletzung ausgegangene progrediente Fascienphlegmone am rechten Arm bei einem Matrosen, die trotz sachgemäßer Behandlung mit Inzisionen usw. schon bis in die Gegend der Scapula und Clavicula vorgeschritten war. Man stand vor der Notwendigkeit, den Arm zu amputieren, da das Allgemeinbefinden beginnende Sepsis anzeigte. Als letztes Mittel beschloß Verf. vorher die Durchschneidung der Lymphgefäße zu versuchen, und zwar machte er, da die Schwellung und Rötung sich in der Hauptsache auf der Außen- und Streckseite des Oberarmes fand, die totale Zirkumzision der Lymphbahnen am Oberarm, d. h. die Haut wurde ringsum durchschnitten, bis überall die Oberarmfascie vorlag; die größeren Venen wurden unterbunden, die Blutung im übrigen durch Tamponade gestillt. Der Erfolg des Eingriffs war überraschend; am nächsten Morgen war die entzündliche Schwellung zentralwärts von der Wunde so gut wie vollständig zurückgegangen und es trat schließlich Heilung mit gutem funktionellen Resultat ein; letzteres war der frühzeitig eingeleiteten Bewegungstherapie zu verdanken. — Diese totale Zirkumzision ist nach Verf. nur bei besonders schweren, diffusen Fällen indiziert; sie kann ohne Schaden für den Patienten in ausgedehnter Weise ausgeführt werden, wie der mitgeteilte Fall beweist. R. L.

Dr. **Otto König**, Assistent der chirurg. Abt. im Inselspital zu Bern: **Beitrag zur Wahl der Methode der Freilegung des Herzens zur Naht.** (Deutsche Zeitschr. f. Chirurgie, November 1911, Bd. 112, H. 4—6.)

Ein Fall von Herzverletzung mit Herznaht und Heilung gab Verf. Veranlassung, sich in der einschlägigen Literatur umzusehen unter spezieller Rücksichtnahme auf die Wahl der Methode bei dem jeweiligen chirurgischen Eingriff. In der umfassenden Arbeit von Fischer im Jahre 1867 ist als Therapie bei Herzverletzungen neben Behandlung der äußeren Wunde der Aderlaß, selbst bis zur Bewußtlosigkeit, noch als souveränes Mittel aufgeführt, daneben Kälteapplikationen, Diät und Bettruhe. Als einzige chirurgische Maßnahmen sind genannt: Einführen eines Katheters durch die äußere Wunde bei Empyem des Perikards. Die Paracentese des Herzbeutels war schon bekannt; aber der Autor warnt vor deren Ausführung. Seither hat sich eine ganze Literatur der Herzchirurgie entwickelt mit einer großen Anzahl von Methoden, die zum Teil schon schöne Erfolge gezeitigt haben. Bis jetzt hat sich aber keine derselben eine dominierende Stellung erobert. Es liegt dies einerseits an der großen Verschiedenheit der zur Behandlung kommenden Fälle, andererseits an dem Umstand, daß auch vielbeschäftigte und erfahrene Chirurgen nur selten in den Fall kommen, Herzverletzungen operativ in Angriff zu nehmen. Einmal sind diese Traumen an und für sich selten; ferner kommen viele davon zum Exitus, bevor chirurgische Hilfe zur Stelle ist, und in dritter Linie ist die Diagnose nicht immer mit Sicherheit zu stellen. Um diesem Ziele, dem operativen Vorgehen bei sicherer oder vermuteter Herzverletzung, näherzukommen, haben besonders Bode und Elsberg die Reaktion des Herzens auf Verletzungen mit nachheriger Freilegung und Naht durch Tierexperimente geprüft. Lorenz gebührt das Verdienst, die verschiedenen Schnittmethoden an der Leiche nachgeprüft und diskutiert zu haben. Zweck vorliegender Arbeit ist, diese Versuche zu erweitern und dabei zu untersuchen, ob die eine oder andere der angegebenen Methoden als Normalverfahren empfohlen werden kann, und ob es überhaupt wünschenswert ist, ein Normalverfahren einzuhalten. Auf Grund seiner Untersuchungen stellt Verf. folgende Schlußsätze auf:

1. Es ist wünschenswert, bei der Freilegung des Herzens zur Naht nicht nur eine typische Methode anzuwenden, sondern die speziellen Verhältnisse des betreffenden Falles zu berücksichtigen. Bei penetrierenden Verletzungen, die rechts vom Sternum eindringen, wird man ausnahmsweise eine sternale Methode anwenden müssen. Die geeignetste ist die von Marion, eventuell mit den Modifikationen von Wehr oder Lorenz.

2. Alle Methoden, die Teile des Sternums einbeziehen, sind zeitraubend und nicht leicht auszuführen, deshalb gefährlich und möglichst zu vermeiden.

3. Extrapleurale Methoden sind bei intakter Pleura unbedingt geboten, aber auch bei verletzter Pleura den transpleuralen vorzuziehen, wenn dadurch keine Zeit verloren geht.

4. Der Zugang zum Herzen muß ein möglichst großer sein; der Defekt in der Festigkeit der Thoraxwand ein möglichst kleiner.

5. Diejenige Methode, welche diesen Anforderungen am besten entspricht, ist die Kochersche, speziell für Wunden zwischen dem linken Sternalrand und der Mammillarlinie.

6. Bei Herzverletzungen lateral von der Mammillarlinie wird der Rottersche Lappen zu bevorzugen sein, weil man damit den Wundkanal direkt verfolgen kann. Kr.

P. **Frangenheim**: **Zur Frage der Oesophagusplastik.** (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 95, H. 3.)

Gestützt auf die experimentellen und klinischen Erfahrungen, welche von Roux, Bircher, Wullstein, Herzen und Lexer mitgeteilt sind, ist dem Verf. in einem Falle von gutartiger Narbenstenose des Oesophagus nach Säureverätzung die Oesophagusplastik geglückt. Der Gang der in mehreren Akten ausgeführten komplizierten Operation war folgender:

Anlegung einer Witzelschen Magenfistel zur provisorischen Ernährung. Ausschaltung einer Jejunumschlinge, deren ovales Ende oberhalb des Proc. xiphoideus in die Bauchhaut eingenäht wird, während das untere Ende mit dem Magen anastomosiert wird. Bildung eines Hautschlauches links vor dem Sternum, durch Bildung eines Hautlappens, der umgeklappt wird und vor der Brustwand herabläuft. Eröffnung des Oesophagus links neben dem Jugulum und Anastomosierung desselben mit dem künstlich geformten antethorakalen Hautschlauch. Deckung dieser Anastomose mit einem umgeklappten Hautlappen (Epidermisseite nach innen). Auf diese Weise wurden die verschluckten Speisen aus dem Halsteil des Oesophagus in den antethorakalen Hautschlauch und von hier durch die implantierte Jejunumschlinge in den Magen befördert. Der Erfolg war ein vollkommener und bisher dauernder. Der Patient konnte nicht nur flüssige, sondern auch feste Nahrung schlucken und dieselbe gelangte, ohne Beschwerden oder Regurgitation bezw. Erbrechen zu verursachen, in den Magen. Der Fall gleicht in fast allen Punkten dem von Lexer operierten und auf dem Chirurgenkongreß 1911 vorgestellten. Von besonderem Interesse ist die durch diese Fälle wohl bewiesene Tatsache, daß es zur Fortbewegung der Ingesta durch den Oesophagus nicht unbedingt der physiologischen Peristaltik bedarf — wenigstens nicht im ganzen Verlaufe des Schlundrohres. Ueber Einfluß der Ingesta auf das Plattenepithel des künstlichen Oesophagus (Ekzeme), störenden Haarwuchs etc. liegen bis jetzt keine Erfahrungen vor. Nur berichtet Lexer, daß in seinem Falle heiße Nahrung ein Brennen in dem künstlichen Oesophagus verursachte. Adler (Berlin-Pankow).

Privatdozent Dr. C. **Henschen** (Zürich): **Ueber den Ersatz des Thierschschen Drahtringes bei der Operation des Mastdarmvorfalls durch geflochtene Seidenriemen, frei überpflanzte Gefäß-, Sehnen-, Periost- oder Fascienstücke.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Vor etwa 20 Jahren hat Thiersch ein originelles Verfahren zur Behandlung des Mastdarmvorfalles angegeben, indem er die infolge Schlaffheit des Sphinkters verloren gegangene Analenge wieder herstellte durch subkutane Verengerung und Verschnürung des Afterringes mit Hilfe einer Silberdrahteinlage. Von je einem 1—1½ cm von der Afteröffnung entfernt gelegenen Schnitte an der vorderen und hinteren Kommissur wird eine mit dickem Silberdraht armierte Nadel in zwei Halbbogen subkutan durchgezogen, an der ersten Einschnittstelle wieder nach außen geleitet, hier über dem im Afterring liegenden Zeigefinger zusammengedreht und durch Naht der kleinen Einschnitte versenkt. Um den Draht bildet sich im Laufe von Wochen und Monaten ein fester, widerstandsfähiger Narbenring, welcher nach der späteren spontanen Ausstoßung oder operativen Entfernung des Drahtringes letzteren funktionell ersetzt und in mechanischer Weise den Vorfall zurückhält. Allerdings bedingt dieses subkutane „Metallpessar" für den Träger oft nicht geringe Beschwerden und Unannehmlichkeiten; es kann auch zu Eiterung, Fistelbildung, vorzeitiger Ausstoßung des Ringes und damit Wiederkehr des Prolaps kommen. Diese Uebelstände werden nach Verf. vermieden, wenn man an Stelle des Metalldrahts ein anderes, weiches, dabei aber unnachgiebiges Material benutzt, welches dauernd im Gewebe bleiben und einheilen kann. Die zur Ueberbrückung von Sehnendefekten empfohlenen geflochtenen Seidenzöpfe oder Seidenriemen eignen sich hierzu. Diese Seidenzöpfe sind vor und nach dem Auskochen aus dicker chirurgischer Nähseide bis zu einer Breite von 5 mm zu flechten. Ihr Einziehen geschieht genau nach der Methode von Thiersch mit einer weitösigen Aneurysmanadel, deren

Oese alle Fadenenden aufzunehmen vermag; die Enden werden verknotet und versenkt, wobei eine knapp fingerdicke, in den Analring eingelegte Rektalbougie den Durchmesser der Analverengerung bestimmt. Ebenso brauchbar für den erstrebten Zweck mußte geeignetes Körpergewebe sein, z. B. Arterienstücke von frischen Leichen, Sehnenstücke, Stücke vom Periost, Fascie, die evtl. dem Patienten selbst entnommen werden. In einem Falle nähte Verf. bei der Operation eines unkomplizierten Rektalprolapses mittleren Grades bei einem 65 jährigen Manne einen doppelt gefalzten breiten Fascienstreifen ringförmig ein, der dem Kranken selbst aus dem Maissiatschen Ileotibialtraktus an der Außenseite des Oberschenkels von einem Längsschnitt aus entnommen war; er war 10 cm lang und 3 cm breit. Der Fascienstreifen heilte ein und erfüllte funktionell seinen Zweck, indem der Prolaps vollständig zurückgehalten wurde. — Es empfiehlt sich möglichste Tieflegung des künstlichen Analringes, damit der eingepflanzte Gewebestreifen an den Einschnittstellen womöglich durch einige Subkutannähte vor tiefer dringender Stichkanalinfektion geschützt liegt. Außerdem ist vom Tage nach der Operation an für flüssigen Stuhl zu sorgen.

Dr. **B. Heile** (Wiesbaden): **Zur Försterschen Operation: Spastische Zustände und sensible Krisen (Tabes) durch Resektion der hinteren Stränge des Rückenmarks zu bessern.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen er die Förstersche Operation: Durchschneidung der hinteren Rückenmarkswurzeln, ausgeführt hat. Im ersten Falle handelte es sich um ein vier Jahre altes, an den Symptomen der Littleschen Krankheit leidendes Kind, welches sich vor der Operation allein überhaupt nicht von der Stelle bewegen konnte, infolge spastischer Zustände der unteren Extremitäten. Es wurden dem Kinde nach Vorschrift von Förster beiderseits die zweite, dritte und fünfte hintere Lumbalwurzel und die zweite Sacralwurzel in einer Ausdehnung von ca. 2 cm entfernt. Die Operation gelang gut und auch das funktionelle Resultat ist befriedigend; die Stellung der unteren Extremitäten ist gebessert, die Reizzustände in den Muskelgruppen der unteren Extremitäten sind herabgesetzt, das Kind kann sich selbständig fortbewegen. Da die Förstersche Operation einen großen, nicht ungefährlichen Eingriff darstellt, so kommt sie nach Verf. nur bei den schwersten Formen der spastischen Erkrankungen in Frage; bei den leichteren Fällen wird man mit den bisherigen chirurgisch-orthopädischen Maßnahmen sich im allgemeinen begnügen. — Der zweite von Verf. mitgeteilte Fall wurde aus einer anderen Indikation operiert, nämlich wegen gastrischer Krisen bei Tabes. Es sind schon eine Reihe von derartigen Fällen mit dem Erfolg nach Förster operiert worden, daß die gastrischen Krisen ganz aufhörten oder weniger stark wurden, in einigen Fällen blieben sie allerdings ungeändert. Der von Verf. operierte Fall ist deswegen von Interesse, weil er nicht den erwarteten Erfolg hatte, sondern unglücklich verlief. Es handelte sich um einen 32 jährigen Mann, der vor 6 Jahren sich syphilitisch infiziert hatte und trotzdem er eine größere Anzahl Quecksilberkuren nebst Jodkali durchgemacht hatte, jetzt das ausgesprochene Bild der Tabes darbot; im Vordergrunde des Leidens standen sehr häufige heftige Magenkrisen; auch einige Symptome cerebrospinaler Lues waren vorhanden, jedoch die Wassermannsche Reaktion negativ. Es wurden beiderseits die 7., 8. und 9. Dorsalwurzel entfernt. Der Kranke überstand den Eingriff zunächst gut; auch die Schmerzen waren anfangs verschwunden. Bald jedoch zeigte es sich, daß der Kranke an einer Querschnittslähmung des Rückenmarks in der Höhe der Operationsstelle litt. Es wurde deshalb vier Tage nach der Operation die Wunde nochmals freigelegt, aber es konnte makroskopisch keine Verletzung oder sonstige Veränderung am Rückenmark festgestellt werden. Die Wunde wurde wieder geschlossen, die Heilung verlief normal, aber die Lähmung ging nicht zurück und der Kranke ging nach etwa vier Monaten an den Folgezuständen einer Cystitis zugrunde. Fünf Wochen nach der Operation waren auch die Kolikzustände des Magens und der Unterbauchgegend wiedergekehrt. Bei der Sektion ergab sich, daß das Rückenmark an der Operationsstelle vollkommen erweicht und in seinen Hintersträngen ganz zerstört war. Auch waren die hinteren Wurzeln bis zum 6. Dorsalsegment hinauf in ihren Eintrittsstellen soweit zerstört, daß sie für eine Fortleitung sensibler Reize vom Magendarmkanal nicht mehr in Frage kommen konnten. Verf. nimmt zur Erklärung des Fortbestehens der Magenkrisen an, daß die Fortleitung der Schmerzen vom Magen aus (resp. den intraabdominellen Organen) durch die Sympathicusbahnen ins Rückenmark oder direkt durch den Vagus stattfinden kann. Was im Einzelfalle stattfindet, würde sich nach Verf. vielleicht durch Einspritzung von anästhesierenden Flüssigkeiten in die Gegend der in Frage kommenden hinteren Wurzeln entscheiden lassen.

Dr. **Felix Kraemer** (Frankfurt a. M.): **Behandlung der Prostatahypertrophie durch Prostatadehnung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Für die konservative Behandlung der Prostatahypertrophie kommt in erster Linie der aseptische Katheterismus (zeitweilig der Dauerkatheter) in Betracht. Es gibt aber Fälle, in denen man damit nicht auskommt und sich doch auch nicht zu der immerhin nicht ungefährlichen Prostatektomie entschließen kann. Für diese Fälle tritt dann als weitere konservative Methode die Dehnung der Pars prostatica urethrae ein, die neuerdings von Bayer wieder eingeführt wurde. Verf. berichtet über drei Fälle, in denen er diese Behandlungsmethode mit Erfolg anwendete. Er benützt zur Dilatation den Kollmannschen Dilatator für die vordere und hintere Harnröhre. Das Verfahren ist dem aseptischen Katheterismus sowie der Wirkung des Verweilkatheters überlegen; es ist noch wirksam, wo letztere versagen, und bewirkt rascher bei Dehnung bis mindestens 32 Charrière eine Abnahme des Resturins derart, daß häufig vom Katheterismus Abstand genommen werden kann. Bei gewissenhafter Beachtung der Asepsis ist das Verfahren gefahrlos; bei eintretender Blutung Verweilkatheter mit gleichzeitigen Blasenspülungen. Zur Prostatektomie sollte man erst schreiten, wenn auch diese konservative Therapie versagt.

R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Februar 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Davidsohn** demonstriert das **Präparat eines Lithopädion**, das 43 Jahre im Bauche einer Frau gelegen hatte. Die Röntgenaufnahme zeigt, daß es sich nicht um eine Verkalkung des Fötus, sondern der Eihüllen handelt.

Tagesordnung:

Geschäftsbericht des Vorstandes.
Wahl des Vorstandes.

Ueber septische Endokarditis.

Herr **Jochmann**: Die Erkenntnis, daß die sogenannte ulceröse oder maligne Endokarditis Teilerscheinung einer septischen Allgemeininfektion ist, verdanken wir dem Fortschritt der bakteriologischen Untersuchungsmethoden. Der Nachweis der spezifischen Keime im lebenden Blut der Erkrankten ist erst in neuerer Zeit gelungen (Kraus, Grawitz, Lenhartz). Nach den Erfahrungen des letzteren gelingt er fast in allen Fällen; man sollte daher besser von septischer Endokarditis sprechen. Die häufigsten Erreger sind der Reihe nach die Streptokokken, Staphylokokken, Pneumokokken und Gonokokken. Je nach dem Erreger zeigt das Krankheitsbild gewisse Eigentümlichkeiten. Die durch Streptokokken hervorgerufene Form verläuft meist in akuter Weise und führt in wenigen Tagen oder Wochen zum Tode. Nach kurzen Prodromalerscheinungen tritt Schüttelfrost und hohes Fieber ein, die Kranken werden bewußtlos und gehen unter den Erscheinungen der Anämie und Herzschwäche zugrunde. Am häufigsten wird die Mitralklappe befallen, häufig die Aorta; die Lokalisation ist durch die Art des Herzgeräusches zu erkennen. In einzelnen Fällen ergibt die Auskultation am Lebenden keine Geräusche; bei der Autopsie findet man dann große Auflagerungen. Oft zeigen sich an mehreren Klappen thrombotische Auflagerungen. Prädilektionsstelle sind alte Klappenveränderungen, wie sie durch Gelenkrheumatismus oder Arteriosklerose hervorgerufen werden. Es kann aber trotz Ueberschwemmung des Blutes mit Bakterien und vorhandenen Gefäßveränderungen eine septische Endokarditis ausbleiben. — Bei Staphylokokkensepsis spielen in ätiologischer Beziehung Hautaffektionen und Furunkulose eine Rolle; in zweiter Reihe kommen Schleimhautaffektionen der Harnwege in Betracht; auch Bougieren und Katheterisieren können zur Entstehung der Endokarditis Veranlassung geben (Katheterfieber); ferner sind zu nennen die Angina und infizierte Geburtswunden. Vielfach finden sich hier eitrige Metastasen in der Leber, am Perikard, in der Niere und auch in den Muskeln. Das Fieber ist meist hoch und kontinuierlich; Schüttelfröste sind selten. Die Prognose ist in der Regel infaust. — Die Pneumokokken-Endokarditis tritt meist auf nach croupöser Pneumonie, dann auch nach Angina und Otitis media. Nach kritischem Abfall der Pneumonie folgen einige fieberfreie Tage, dann zeigt sich bedeutendes Fieber und endokarditisches Geräusch. Oft tritt die Endokarditis noch vor Ablauf der Pneumonie ein. Der Sitz des Prozesses ist verschieden; unter fünf Fällen fand J. dreimal die Aorta, einmal die Tricuspidalis und einmal die Mitralis befallen. Alte Klappenveränderungen zeigen eine lokale Disposition zur Erkrankung. Im ganzen ist

diese Form der Endokarditis selten, sie wird in 0,7 pCt. aller Endokarditiden beobachtet. Ihr Verlauf ist sehr stürmisch; die Pneumokokkenendokarditis führt in wenigen Tagen zum Tode. Das Fieber verläuft intermittierend, das Sensorium ist fast stets benommen, häufig sind Komplikationen mit eitriger Meningitis, deren Symptome oft nur schwach ausgeprägt sind. Lumbalpunktion und Augenbefund geben hier die Diagnose. Als Begleiterscheinungen sind Gelenkaffektionen oft zu bemerken. — Die Gonokokkenendokarditis folgt auf gonorrhoische Gelenkerkrankungen. Sie geht einher mit stark intermittierendem Fieber, wird kenntlich durch endokarditische Geräusche. Es kommen bei dieser Form auch Peri- und Myokarditis vor, als Begleiterscheinungen: Epididymitis und Tendovaginitis. Die Prognose ist ernst, aber nicht infaust. Von drei beobachteten Fällen sah Vortragender einen in Heilung ausgehen. — Am häufigsten ist die Streptokokkenendokarditis, die von Schleimhauterkrankungen ihren Ausgang nimmt. Die wichtigsten Arten sind der Streptococcus pyogenes und viridans. Die akute Form macht Schüttelfröste, hohes Fieber, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit. Die Kranken verfallen schnell, werden benommen, bekommen häufig Retinalblutungen, Herzgeräusche und gehen in wenigen Tagen ein. Im Gegensatz zur Staphylokokkenendokarditis kommt es hier selten zu eitrigen Metastasen (90 pCt. zu 23 pCt.). Die mehr protrahierte Form der Streptokokkenendokarditis ist noch wenig bekannt und wird nach Schottmüller durch den Str. viridans hervorgerufen. In der Anamnese findet sich häufig Gelenkrheumatismus. Die Patienten klagen über Kopfschmerzen, Gliederreißen, Kurzatmigkeit, trockenen Husten. Sitz der Erkrankung ist die Mitralis und die Aorta; die Geräusche sind meist deutlich. Mit Zunahme der Herzschwäche: Myokarditis, Stauung, Oppressionsgefühl, Atembeschwerden etc. Auffallend ist die blasse ikterische Färbung des Kranken, der Hämoglobingehalt des Blutes ist herabgesetzt, auch die Leukocytenzahl. Lungenherde machen sich objektiv durch Dämpfungserscheinungen bemerkbar. Die Milz ist stark vergrößert, meist auch die Leber. Gegen Ende stellt sich eine hämorrhagische Nephritis ein, ferner auch Embolie in der Niere und im Gehirn, die zur Erweichung führen. Es kommen auch Aneurysmen der kleinen Hirnarterien durch Ansiedelung der Streptokokken zustande. Das Fieber bewegt sich stets in mäßiger Höhe, wenig über 38° und kann auch für einige Tage ganz fehlen. Auch Schüttelfröste fehlen fast gänzlich, die Gelenkschmerzen gehen meist ohne sichtbare Erscheinungen einher.

Für die Diagnose dieser chronischen Streptokokkenendokarditis bietet der Nachweis der Streptokokken im Blut eine wertvolle Stütze. Differentialdiagnostisch kommt in Betracht die rheumatische Endokarditis bei Gelenkrheumatismus. Die Aetiologie ist aber grundverschieden. Die Blutuntersuchung ergibt bei Gelenkrheumatismus ein negatives Resultat, bei der Endocarditis lenta hingegen stets reichlich Streptokokken. Ferner sind die Gelenkerscheinungen bei der rheumatischen Endokarditis häufiger als bei der septischen. Auch an beginnende Tuberkulose und Anaemia splenica ist zu denken; der Blutbefund ist entscheidend. Die septische Endocarditis chronica hat einen protrahierten, über Monate sich erstreckenden Verlauf und endet meist letal.

Die Therapie sucht mit spezifischen Mitteln die Endokarditis zu bekämpfen. Bei der Pneumonie scheint die Serumbehandlung angebracht zu sein, sie hat aber wenig Erfolg, zumal man nicht solche Seren besitzt, die gegen alle Pneumokokken gerichtet sind. Bei Staphylokokken ist von der spezifischen Therapie nichts zu hoffen. Dagegen sind die Gonokokken- und Streptokokkenendokarditis einer spezifischen Behandlung zugänglich. Bei der ersteren ist die Vaccintherapie nach Wright zu verwenden, bei der letzteren die Kombination von Vaccin und Serum. Bei Streptococcus viridans ist diese kombinierte Therapie besonders geeignet, groß sind freilich die Erfolge nicht. Von der Behandlung mit Collargol und Salvarsan hat Vortr. keine Erfolge gesehen. Vor intravenösen Injektionen muß gewarnt werden. Dauernde Gaben von Antipyreticis schwächen das Herz; von Herzmitteln mache man sparsamen Gebrauch. (Schluß folgt.)

Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 26. Februar 1912.

Vorsitzender: Herr Heubner.

Tagesordnung:

Zur Infektionsdauer des Scharlachs.

Herr **Baginsky**: In dem „British Medical Journal" vom 28. Oktober 1911 wird von einem interessanten Prozeß berichtet. Ein Arzt war angeklagt, weil er ein Kind entlassen hätte, welches noch ansteckend war. Er sollte zu 50 Pfund verurteilt werden. Der Vater des Kindes klagte ihn an, das Kind sei mit Schuppen nach Hause gekommen und habe ihn infiziert. Er mußte das Krankenhaus aufsuchen. Das Kind war im Krankenhause über 6 Wochen geblieben. Die Sachverständigen meinten, die Abschuppung sei in 6—8 Wochen erledigt, doch könne sie auch 3—4 Monate anhalten. Sichere Anhaltspunkte, wann die Ansteckungsgefahr aufhöre, beständen nicht. Die beendete Abschuppung sei kein allein maßgebendes Moment; dazu kämen andere Faktoren, zumal der Zustand der Nase. Der Richter fand das alles ganz neu und sprach angesichts der einander widersprechenden Meinungen den Arzt frei.

Diese Frage beschäftigte den Vortr. seit Jahren in seinem Krankenhaus. Fast kein Kind wurde vor dem 42. Tage entlassen. Man kann das Kind nicht zurückhalten, wenn die Eltern es heraushaben wollen. Unter 45 Fällen von Uebertragung der Infektion nach der Entlassung, ohne daß an ihnen irgend eine Affektion nachweisbar gewesen war, brachten 7 Kinder schon nach 3 Tagen die Infektion ins Haus; darunter steckte ein Kind zwei andere an; 6 Kinder steckten nach 4 Tagen an. Wir wissen nur, wann der Scharlach anfängt, aber nicht, wann er aufhört. Mit den 6 Wochen ist es nicht genug, auch wenn kein Ohrenfluß, keine Schuppung, keine Nephritis besteht. Wie lange sollen wir die Kinder festhalten? Wir wissen es nicht, weil wir das Kontagium und seinen Sitz nicht kennen. Meist infizierten die Kinder nach 3—4 Tagen; das ist die Inkubationszeit des Scharlachs. Auch längere Intervalle, 5 bis 9 Tage, wurden beobachtet, einmal 25 Tage. Hier handelt es sich aber vielleicht um eine Neuinfektion.

Ueber die Tenazität des Scharlachgiftes herrschen die verschiedensten Ansichten. Aber es haftet lange. Das Gift scheint am Menschen zu haften; es scheint im Nasopharynx zu sitzen. Ganz plötzlich schickt dem Vortr. die chirurgische Abteilung von Zeit zu Zeit einen Fall herüber. Unter 10—12 Fällen waren allein 6 Fälle von Verbrennung. Es ist echter Scharlach. Die meisten scharlachkranken Kinder hatten Streptokokken. Das Virus schafft ihnen entweder einen Boden oder sie schleppen dieses in Symbiose mit sich.

Diskussion:

Herr **Philip** beobachtete in einer in einer Villa mit Portiersfamilie wohnenden Familie mit drei Kindern folgende Reihenfolge von Krankheiten: typischer Scharlach eines Kindes, 5 Wochen später Erkrankung eines zweiten trotz strenger Isolierung und Reise; 6—7 Wochen später nach der Desinfektion erkrankt die Portiersfrau an Gesichtsrose, bald darauf an schwerer Angina, wenig später ihr Kind an Scharlach und zugleich der Portier an Blutharnen. Das dauerte von Ende August bis Mitte Februar. Zweifellos hat eine Erkrankung, bei der Streptokokken sicher vorkommen, diese verschiedenen Erkrankungen verursacht.

Herr **Ecker** sah bei einer Epidemie mit Mischinfektion, daß durch Zwischenerkrankung die Inkubationsdauer hinausgeschoben wurde. Fälle mit Rückbleibseln von Otitis media wirken lange ansteckend. Seifen- und Sublimatbäder sind wohl geeignet, die Kinder zu desinfizieren.

Herr **Herbst**: Ein Kind mit Grippe kam auf die Krankenstation mit Scharlach, nach 37 Tagen kam es in das gesunde Haus zurück; drei Tage später zwei neue Scharlachfälle. Das Kontagium scheint sich auf mancher Station lange zu halten. Hält es sich bei den gesunden Kindern oder am Ort?

Herr **Heubner** sah ebenfalls oft Heimkehrfälle (Return cases); die 6-Wochengrenze genügt häufig nicht. Selbst nach 70 und 80 Tagen kommen noch Ansteckungen vor.

Herr **Baginsky** (Schlußwort): In einer sehr wohlhabenden Familie erkrankten zwei Kinder; sie wurden in einen großen Musiksaal verlegt; sie heilten ab; oben die Räume und der Saal wurden desinfiziert; da erkrankte doch wieder ein Kind. — Ein Knabe blieb 8 Wochen im Krankenhaus und kam dann nach Tegel. Bald darauf wurde Vortr. nach Hermsdorf gerufen. Dort war ein Kind von einem Tegeler Kind angesteckt worden, das mit dem ersten Knaben in Berührung gekommen war. — Die Crux des Krankenhauses ist der Diphtheriepavillon; hier besteht ein kontinuierlicher, vergeblicher Kampf gegen den Scharlach; hier gibt es nur wenige Monate Ruhe. Es besteht also eine Beziehung zwischen Scharlach und Diphtherie. Vielleicht sind diese Beziehungen aber auch nicht nähere als die der Verbrühungsfälle.

Zur Kenntnis der hereditären Syphilis.

a) Ikterische Lebererkrankungen.

Herr **Rosenberg**: Hochsinger behauptet, daß der Ikterus nicht ein der hereditären Lues der Leber angehöriges Symptom sei. Heubner und Finkelstein bestreiten das. Die angeborene Lebersyphilis ist eine interstitielle Entzündung, eine kleinzellige Infiltration mit Bindegewebsneubildung und schließlich gleichmäßiger inter- und intraacinärer Cirrhose. Bei der erworbenen Syphilis steht die Gummibildung im Vordergrunde. Die gummöse Form ist hier selten vorhanden, meist als miliare Form. Das diffuse Syphilom der Leber

kennzeichnet sich durch starke Vermehrung der Konsistenz und des Volumens aus; es heißt nach seiner Farbe Feuersteinleber und kann ohne Ikterus verlaufen. Zuweilen kommt es zu leichter ikterischer Verfärbung. Einige Fälle waren durch schweren Ikterus ausgezeichnet; sie betrafen ganz verschiedene Formen der Lebererkrankung. Einmal fand sich gummöse Neubildung an der Leberpforte, die Verschluß der Gallengänge und ein Hindernis des Gallenflusses bedingte. Aehnlich sind die Peripylephlebitiden; hier geht die Gummibildung von der Pfortader aus; ein solcher Fall wird von Vortr. beschrieben. Die Arteriitis und Endarteriitis fiel auf; manche Partien zeigten Anhäufung des Gallenpigmentes. Wenn die Kinder überhaupt lebend zur Welt kommen, sterben sie meist in den ersten Lebenswochen; hinzugesellen sich Milztumoren, leichter Ascites und oft Darmblutungen.

Schwieriger ist die Genese des Ikterus in den folgenden Fällen zu erklären. Zur Illustration berichtet Vortr. über einen Fall Finkelsteins. Er nimmt eine gummöse Cholangitis als Ursache des Ikterus an; syphilitisch war auch wohl ein Bauchdeckeninfiltrat gewesen. Denn beides ging auf spezifische Behandlung glatt zurück. Sehr ähnlich war ein von Vortr. beobachteter und ausführlich beschriebener Fall. Das Kind bekam plötzlich in der 11. Woche Unruhe, Fieber (38,6°), starken Meteorismus und Ikterus; es wurde orangegelb, die Leber schwoll mächtig an; Milz vergrößert; im Urin Gallenfarbstoffe, im Stuhl Neutralfett, Seifen. Maculo-papulöses Exanthem des Rumpfes und der Glieder, auch der Handteller und Fußsohlen. Sublimatinjektionen schafften Besserung, aber nur vorübergehend. Unter blutigem Schnupfen, neuem Fieber Exitus. Es fand sich Ikterus aller Organe, Ascites, hauchförmige Peritonitis in der Nähe der Milz. Linksseitige Hypostase. Leber stark vergrößert; keine nennenswerte interstitielle Veränderung, aber parenchymatöse Degeneration, besonders Kernschwund; in der Leber ikterisches Pigment. Auch hier trat der Ikterus scheinbar aus heiterem Himmel auf; ihm folgten erst spät sicher syphilitische Symptome. Die Gallengänge waren nicht beteiligt; vielleicht beruhte der Ikterus auf Resorption infolge Läsion der kleinen Gallenkapillaren (Naunyn). Die Degeneration deutet auf toxische Einflüsse ähnlich den septischen hin.

Auch in zwei anderen Fällen bestanden Veränderungen im Leberparenchym; in einem dritten fehlten sie. — Eine schwere angeborene Form von Ikterus entstand also durch Verschluß der großen Gallengänge durch einen Gummiknoten der Leberpforte: mechanischer Ikterus. Im zweiten, durch Hg-Kur geheilten Falle bestand vielleicht Cholangitis gummosa. Der dritte Fall von schwerem Ikterus entstand auf Grund einer parenchymatösen Lebersyphilis, der vierte zur Zeit des Auftretens von Hauterscheinungen bei erheblicher interstitieller Hepatitis. Der fünfte Fall, interstitielle Hepatitis, war durch gleichzeitige anderweitige schwere Infektionskrankheiten kompliziert. Hier war der Ikterus vielleicht septischen Ursprunges; aber das Blut zeigte keine Bakteriämie; dagegen bestand parenchymatöse Degeneration in des Vortr. einem Falle. Vielleicht ist, da der Ikterus um die Zeit der ersten Eruption der Lues auftrat, an eine Mischinfektion oder eine toxische Schädigung zu denken.

Eine Form der angeborenen Lebercirrhose, die kongenitale Atresie bezw. Obliteration der Gallenwege, galt bisher als syphilitisch. Gegen die syphilitische Natur dieses Zustandes hat Hochsinger gewichtige Bedenken erhoben. Vielleicht ist auch hier bald eine Klärung möglich.

b) Nierensyphilis.

Herr **Hahn**: Die Nieren syphilitischer Neugeborenen können mannigfach erkranken; nur in 6 pCt. kommt es zur Gummibildung; meist sind es entzündliche Prozesse interstitieller Art, besonders akuter und subakuter Art. Auch die Schrumpfniere ist nicht selten. In den letzten Jahrzehnten sind echte spezifische parenchymatöse Nephritiden von Hecker, Hochsinger, Cassel u. a. beschrieben worden. Aber nicht jede Nephritis eines syphilitischen Säuglings ist syphilitisch. Denn Schnupfen, Grippe oder Hg-Kuren können leicht Nephritis erzeugen bezw. Zylindrurie und Albuminurie herbeiführen. Sie ist nur dann syphilitisch, wenn sie gleichzeitig mit anderen Symptomen auftritt, wenn keine Hg-Behandlung stattfand und jede Ursache zur Infektion ausgeschaltet wird. Beweisend ist der Erfolg der Kur. — Die hämorrhagische Form ist nur selten beobachtet worden. Zwei Fälle von Finkelstein und Carpenter sind einwandfrei. Der erste besserte sich in drei Wochen wesentlich; im Urin fanden sich Eiweiß, Zylinder, zahlreiche Wachszylinder und Fettkörnchenkugeln. Der Fall erinnert an die parenchymatöse Nephritis. Aehnlich war ein Fall von Hirsch, der durch JK geheilt wurde. Das Kind litt aber auch an Bronchopneumonie und starb bald darauf an letzterer.

Vortr. berichtet im Anschluß daran ausführlich über drei Fälle, die er im Kinderasyl des Waisenhauses der Stadt Berlin beobachtete. Stets handelte es sich um junge Kinder bis zu drei Monaten. Das entspricht der Tatsache, daß die schwersten Veränderungen gegen Ende des Fötallebens gefunden werden.

Diskussion:

Herr **Cassel**: Die syphilitische Nephritis der Säuglinge macht meist so geringe Erscheinungen, daß man sie nur bei darauf gerichteter Aufmerksamkeit entdeckt. Mode.

IV. Bücherschau.

Nase und Auge in ihren wechselseitigen pathologischen Beziehungen. Von Prof. Dr. **A. Brückner**, Oberarzt der Universitäts-Augenklinik zu Königsberg i. Pr. Mit 5 Figuren im Text. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, Bd. 12, H. 2 u. 3. Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 87 S. 1,70 M.

Auf die Beziehungen zwischen Augenleiden und Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen ist im Laufe der letzten Jahre von neuem seitens verschiedener Autoren die Aufmerksamkeit gelenkt worden, nachdem dies Gebiet längere Zeit hindurch in auffallender Weise vernachlässigt worden war. Der Aufschwung der Rhinologie als Spezialdisziplin und die damit zusammenhängende Ausbildung der rhinologischen Diagnostik und Therapie hat hier befruchtend gewirkt und in verhältnismäßig kurzer Zeit wertvolle Ergebnisse gezeitigt. Auch der Verfasser der vorliegenden Abhandlung hat seit einer Reihe von Jahren diesem interessanten und praktisch wichtigen Grenzgebiet seine besondere Beachtung zugewendet und gibt nunmehr auf Grund der Literatur sowie seiner eigenen, im Verein mit kompetenten Rhinologen gesammelten klinischen Erfahrungen eine vortreffliche zusammenfassende Darstellung des gegenwärtigen Standes unserer diesbezüglichen Kenntnisse. Als Einleitung schildert er die anatomischen Beziehungen der Augenhöhle und ihres Inhalts zu der Nase mit ihren Nebenhöhlen; einige gute Abbildungen erhöhen das Verständnis. Der Behandlung seines eigentlichen Themas legt Verf. folgende Einteilung zugrunde: I. Gleichzeitige Krankheiten der Augen und Nase ohne kausalen Zusammenhang. 1. Zufällig zusammen auftretende Erkrankungen. 2. Koordinierte Erkrankungen aus gemeinsamer Ursache. II. Krankheiten, bei denen die primäre Erkrankung des einen Organs die Erkrankung des anderen nach sich zieht. 1. Leiden mit primärer Erkrankung des Auges. 2. Leiden mit primärer Erkrankung der Nase. Von praktischer Bedeutung sind am meisten die unter II, 2 zu subsummierenden Affektionen. Hierher gehören besonders die Erkrankungen der Tränenwege, die Erkrankungen der Orbita mit ihren Folgezuständen, die meist ihren Ursprung in Erkrankungen der Nasennebenhöhlen haben, endlich Sehnervenleiden, welche von Erkrankungen der hinteren Nebenhöhlen ausgehen. Verf. gibt eine eingehende Darstellung der auf diesem Gebiete gesammelten Erfahrungen und steuert auch eine Anzahl eigener klinischer Beobachtungen bei. Ophthalmologen sowohl wie Rhinologen werden aus der gründlichen und gleichzeitig objektiv-kritischen Erörterung aller in Betracht kommenden Fragen reiche Anregung und Belehrung schöpfen. Hinsichtlich der Therapie kann man dem Verfasser nur beistimmen, wenn er die gemeinsame Arbeit der Ophthalmologen und Rhinologen in allen Grenzfällen für erforderlich hält, also gemeinschaftliche Stellung der Diagnose und gemeinschaftliche Behandlung, evtl. Operation, da der Vertreter des einen Spezialfaches im allgemeinen das Grenzgebiet nicht genügend beherrscht. So kann die vorliegende wertvolle Arbeit, der am Schluß ein Literaturverzeichnis von 201 Nummern beigefügt ist, allen Ophthalmologen und Rhinologen angelegentlichst zum Studium empfohlen werden.

Ueber Organotherapie. Von Prof. **Augusto Murri.** Autorisierte Uebersetzung von Dr. Hermann Simon [Karlsbad]. (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiete der praktischen Medizin, Bd. 12, H. 1.) Würzburg 1912, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 36 S. 0,85 M.

Vorliegende Abhandlung ist die Wiedergabe eines von dem bekannten italienischen Kliniker vor der Aerztekammer in Trient gehaltenen Vortrages. Verf. gibt darin nicht eigentlich eine systematische Darstellung der Entwicklung und des gegenwärtigen Standes der Organtherapie, sondern bietet mehr in Form einer geistvollen Plauderei eine Kritik der Organtherapie und der Lehre von den Hormonen, wobei er in scharfsinniger Weise auf die zahlreichen hier noch bestehenden Lücken in unserer Erkenntnis hinweist und mit Recht sich gegen die vielen, teils unkritischem Enthusiasmus, teils skrupellosem Industrialismus entsprossenen Auswüchse der Organtherapie wendet: „Ein armer Neurastheniker," sagt Verf. z. B., „der diesen Voraussetzungen entsprechend behandelt wird und mit hygienischen, psycho- und physiotherapeutischen Maßregeln geheilt werden könnte, wird unaufhörlich mit Cerebrin, Oophosphin, Spermin, Bioplastin und weiß Gott was für anderen ge-

heimnisvollen Produkten gequält, die den Effekt hatten, manchen tüchtigen Arzt zu täuschen, viele Kranke zu betrügen, aber vielleicht auch dazu gedient haben, manchen Fabrikanten zu bereichern." Das wirklich Bleibende und für die praktische Therapie Wertvolle auf dem Gebiete der Organotherapie erkennt Murri natürlich an; aber er fordert mit Recht größere Kritik und will gleichzeitig dazu anregen, durch unermüdliche Forschung die zahlreichen der Lösung noch harrenden Fragen zu klären und damit der leidenden Menschheit weitere Hilfsmittel zu spenden. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Am 18. Februar hielt der **Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsbundes** hierselbst eine Sitzung ab, in der u. a. nach einem Referat der Krankenkassenkommission über die zur Wahrung der ärztlichen Interessen gegenüber der neuen Reichsversicherungsordnung zu treffenden Maßnahmen einstimmig folgende Beschlüsse gefaßt wurden: „I. Zur erfolgreichen Durchführung der Beschlüsse des Stuttgarter Aerztetages sind die bisherigen Einzelkämpfe zu vermeiden: es ist vielmehr ein gleichzeitiges, geschlossenes, gleichmäßiges und einheitliches Vorgehen aller kassenärztlichen Lokalorganisationen unerläßlich. II. 1. Die kassenärztlichen Lokalorganisationen oder die wirtschaftlichen Abteilungen der Lokalorganisationen sind der Organisation der Krankenkassen anzupassen; also ist in der Regel für jedes Versicherungsamt eine solche zu errichten. 2. Die Kassenarztvereine sollen die Rechtsfähigkeit erwerben. 3. Sie oder die wirtschaftlichen Abteilungen der Lokalorganisationen haben jedem sich meldenden Arzte, der sich im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindet, den sofortigen Beitritt offen zu halten und den Abschluß und die Durchführung der Kassenarztverträge als Zweck in ihre Satzungen aufzunehmen und zu verfolgen. 4. Wo schon geeignete Lokalvereine oder wirtschaftliche Abteilungen der Lokalorganisationen bestehen, haben sie ihre Satzungen den neuen Verhältnissen und den Forderungen des Aerztetages unverzüglich anzupassen. 5. Mit der Aufstellung von kassenärztlichen Musterverträgen wird die Krankenkassenkommission beauftragt; diese Musterverträge sollen den kassenärztlichen Lokalorganisationen rechtzeitig zugestellt werden. 6. Die Arbeit für die Ausgestaltung der Organisation muß unverzüglich aufgenommen und die Organisation bis zum 1. Juli 1912 vollendet sein. Bis zum 1. Juni 1912 ist der Vertragszentrale in Leipzig anzumelden, welche Lokalorganisation in den einzelnen Bezirken mit dem Abschlusse und der Durchführung der kassenärztlichen Verträge beantragt worden ist." Ferner berichtete die Krankenkassenkommission, daß sie im Verein mit dem Vorstande der wirtschaftlichen Abteilung des Deutschen Aerztevereinsbundes vorschlage: „Den Vorstand des L. W. V. und dessen Beirat als Vertragszentrale im Sinne des Beschlusses des Stuttgarter Aerztetages mit Sitz in Leipzig zu bestimmen und sie mit den nötigen Vollmachten auszustatten." Auch dieser Antrag wurde vom Geschäftsausschuß einstimmig zum Beschluß erhoben.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Dr. Reckzeh, bisher leitender Arzt der inneren Abteilung des Knappschaftslazaretts in Bochum, ist zum ersten Revisionsarzt des Verbandes öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland ernannt worden.

Schöneberg bei Berlin. Die bisherigen Oberärzte im Krankenhause in Schöneberg Dr. Felix Glaser und Dr. Otto Nordmann sind zu dirigierenden Aerzten der neugeschaffenen II. inneren und chirurgischen Abteilung ernannt worden.

Bonn. Zur technischen Assistentin des hiesigen anatomischen Universitätsinstituts ist — ausnahmsweise, wie es in der behördlichen Verfügung heißt — Fräulein Käthe Weidling aus Halberstadt ernannt worden.

Leipzig. Dr. Paul Frangenheim, früher Privatdozent in Königsberg, der seinem Chef Prof. Payr an die hiesige Universität als Assistent gefolgt ist, hat sich für Chirurgie habilitiert.

Gießen. Prof. Erich Opitz, Direktor der Frauenklinik an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf, ist als Nachfolger des nach Bonn übergesiedelten Prof. Dr. v. Franqué als Ordinarius der Geburtshilfe und Gynäkologie hierher berufen worden.

Würzburg. Der Dozent der Anatomie Prof. Dr. J. Sobotta, bisher Assistent mit Beamteneigenschaft, ist zum etatsmäßigen außerordentlichen Professor mit dem Lehrauftrag für topographische Anatomie befördert worden.

Tübingen. Dr. Hans Kolaczek hat sich für Chirurgie habilitiert.

Brüssel. Die belgische Akademie der Medizin hat die Professoren der Physiologie L. Hermann in Königsberg und A. Kossel in Heidelberg zu Ehrenmitgliedern ernannt.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Hannover. Am 24. und 25. Mai findet hier unter dem Vorsitz von Prof. Seifert (Würzburg) die 19. Tagung des **Vereins deutscher Laryngologen** statt. Meldungen zur Mitgliedschaft und von Vorträgen (letztere bis spätestens 10. April) bittet man an den Schriftführer: Dr. R. Hoffmann, Dresden I, Grunaerstraße 8, I., zu richten.

Wiesbaden. Am Sonntag den 14. April d. J. — einen Tag vor Eröffnung des Kongresses für innere Medizin — findet in Wiesbaden im Kurhause eine gemeinsame Tagung der Südwestdeutschen und der Niederrheinisch-Westfälischen **Vereinigung für Kinderheilkunde** statt. Anmeldungen von Demonstrationen und Vorträgen erbeten bis 1. April an Dr. Lugenbühl, Wiesbaden, Schützenhofstraße 9. Gäste willkommen.

Zürich. Die **Internationale Liga gegen Epilepsie** hält ihre diesjährige Versammlung am 6. und 7. September in Zürich ab. Gleichzeitig tagt daselbst die **Gesellschaft der Schweizer Psychiater und Neurologen** und der **Internationale Kongreß für Psychologie und Psychotherapie**. Vorsitzende der geschäftlichen Sitzung: Tamburini (Rom), v. Manakow (Zürich). Vorsitzende der wissenschaftlichen Sitzung: Forel (Yvorne), Donath (Budapest). Das Programm enthält folgende Referate: Salzarme Diät, Referent: Ullrich (Zürich), Bálint (Budapest), Alkoholepilepsie, Referent: O. Binswanger (Jena). Ferner Vorträge von H. Claude (Paris): Innere Sekretion und Epilepsie, Muskens (Amsterdam): Myoklonische Reflexe bei Wirbeltieren und Wirbellosen, Aldren Turner (London), Mingazzini (Rom), Munson (Sonyea, Vereinigte Staaten von Nordamerika) u. a. Näheres wird später bekannt gegeben.

Gerichtliches.

München. Der Arzt Dr. Kl. wurde wegen **fahrlässiger Körperverletzung**, die er bei Ausübung einer Röntgenbehandlung beging, zu 80 M. Geldstrafe verurteilt. Der Arzt hatte sich während der Bestrahlung auf einige Momente aus dem Zimmer entfernt, nachdem er der Patientin ausdrücklich die Anweisung gegeben hatte, sich nicht zu rühren. Die Frau tat dies aber doch und verbrannte sich an der Nasenspitze, am Kinn und an der Brust. Dauernde Schädigung trat nicht ein. Der Gerichtshof sah im Anschluß an die Ausführungen eines Sachverständigen die Fahrlässigekit darin, daß der Arzt während der Bestrahlung das Zimmer verlassen hatte, ohne vorher den Strom abzustellen.

Verschiedenes.

Berlin. (Mitteilung des Direktoriums der **Versicherungskasse für die Aerzte Deutschlands a. G.** zu Berlin, Obmann Dr. Bensch.) Die Mitteilungen in den No. 1 und 4 der „Aerztlichen Mitteilungen" über den bisherigen Erfolg der Leipziger Darlehns- und Sterbekasse und die Abteilung „ärztliches Versicherungswesen" des L. V. geben uns Veranlassung, nachfolgend auch über das zweite und ältere Versicherungsinstitut unseres Standes, die Versicherungskasse für die Aerzte Deutschlands a. G. zu Berlin, zu berichten.

Am Schlusse des Jahres 1910 waren in der Kasse in eigener Versicherung 1923 Aerzte und 12 Vereine mit weiteren 509 Kollegen versichert. Im Jahre 1911 traten hinzu in eigener Versicherung 174 und drei Vereine mit 271 Mitgliedern, davon 328 in der Sterbekasse, 121 in der Krankenkasse, 56 in der Invalidenkasse, 7 in der Alterskasse, 45 in der Witwenkasse, 15 in der Waisenkasse.

So erfreulich an sich diese Zahlen sind, so bedeuten sie doch leider einen Rückgang der Neubeitritte, der um so bedauerlicher ist, da er weder in der günstigen finanziellen Lage der Kasse, geschweige denn in der besseren wirtschaftlichen Lage der Herren Kollegen seine Erklärung findet und demgemäß auch weiterhin allen Freunden unserer Kasse die bisherige aufklärende und werbende Mitarbeit zur Pflicht macht.

Die Kassenleistungen betrugen im Jahre 1911:

bei 1375 Mitgliedern	mit	28 Todesfällen . . .	13050,— M
„ 1374 „	„	337 Erkrankungsfällen	103840,— „
„ 954 „	„	37 Invaliditätsfällen .	34476,91 „
„ 472 „	„	18 Witwenrenten . .	11500,— „

Diese Zahlen sprechen über die Notwendigkeit und den Wert der V. K. eine leider nur zu deutliche Sprache, aber für nur zu viele ist sie noch immer nicht deutlich genug und deshalb bitten wir nochmals alle Freunde

des ärztlichen Versicherungswesens, neben den zitierten wichtigen neuen Versicherungsunternehmungen des L. V. doch ja nicht das mindestens ebenso wichtige alte Institut der V. K. zu vergessen.

Heidelberg. Großes und berechtigtes Aufsehen hat in der verflossenen Woche das **Ausscheiden** des berühmten Chirurgen Exzellenz Prof. Czerny aus seinem **Militärverhältnis** erregt. Geheimrat Czerny, der schon im Kriege 1870/71 noch als österreichischer Staatsangehöriger dem deutschen Heere freiwillig seine Dienste gewidmet hat, gehörte zuletzt dem Sanitätskorps der Armee als Generalarzt à la suite an. Von entschieden freisinniger Denkungsart, trat er vor den letzten Reichstagswahlen öffentlich für ein entschlossenes Zusammengehen der gesamten Linken ein. Das scheint ihm von den Spitzen des Sanitätskorps verübelt worden zu sein, denn wie er nach der „Voss. Ztg." selbst erklärt hat, wurde ihm die Einreichung des Abschiedsgesuches nahegelegt und sein Ausscheiden aus der Stellung eines Generalarztes à la suite wurde alsbald auch als „auf sein Gesuch" erfolgt amtlich publiziert. Es ist tief bedauerlich, daß weder die Verdienste, die sich Czerny in jahrzehntelangem Wirken um die medizinische Wissenschaft, noch seine erst in den letzten Jahren durch die Begründung des Krebsinstituts in Heidelberg (für das er bekanntlich ein erhebliches Kapital hergegeben hat) bekundete werktätige Menschenliebe den berühmten Arzt vor politischer Maßregelung zu schützen vermochten!

Würzburg. Der Augenarzt Dr. Joseph Schneider in Milwaukee (Nordamerika) hat 100 000 M. für die hiesige Universitätsaugenklinik zur unentgeltlichen Behandlung und Verpflegung armer Patienten **gestiftet**. Dr. Schneider war früher Assistenzarzt an der Würzburger Klinik.

Wien. Der Großindustrielle David Ritter v. Gutmann hat der hiesigen israelitischen Kultusgemeinde das Kapital von 3 Millionen Kronen zur Errichtung eines **Kinderhospitals** überwiesen, das möglichst schon im Jahre 1914 vollendet sein soll.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Oberstabsarzt Dr. Helmbold in Berlin, Oberstabsarzt Dr. Petzold, Dr. Kröner in Potsdam, Kreisarzt Dr. Bundt in Querfurt.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Oberstabsarzt Dr. Heckmann in Berlin.

Königl. Kronen-Orden 4. Kl.: Dr. Schneider in Primkenau.

Versetzt: Ordentlicher Professor Dr. Krückmann von Königsberg nach Berlin.

Ernannt: Privat-Dozent Dr. Voit in Göttingen zum außerordentlichen Professor daselbst.

Niedergelassen: Dr. Apel in Schöneberg a. W., Gottlöber in Erfurt, Dr. Bickel in Eupen.

Bayern.

Praxis hat aufgegeben: Dr. Born in Bellheim.

Niedergelassen: Dr. Kunz in Bellheim.

Verzogen: Dr. Röschen von Dietenhofen in Mittelfranken nach Mainstockheim, Bez.-Amt Kitzingen, Dr. Schiller von Nürnberg nach München.

Gestorben: Hofrat Dr. Nentwig in München, Dr. Edenhofer, Bezirksarzt a. D. in Regen, Dr. Schöttl in Aindling, Generalarzt a. D. Dr. Schuster in München.

Königreich Sachsen.

Niedergelassen: Oberstabsarzt a. D. Dr. Stroscher in Bautzen und Dr. Böttger in Bernstadt.

Verzogen: Von Dresden: Dr. Eras nach Sebnitz i. Sa., Dr. v. Monakow, Oberarzt an der bakteriologischen Untersuchungsanstalt beim Stadtkrankenhaus Friedrichstadt, unbekannt wohin, Dr. Ludwig nach Zschadraß, Dr. Schmidt nach Leipzig, Dr. Suwalski nach Posen, Dr. Siegler von Großburgk nach Kaitz, Dr. Loyal von Döhlen nach Potschappel, Dr. Bellmann von Leuben unbekannt wohin, Dr. Reuter von Niederlößnitz, unbekannt wohin, Dr. Naubert von Burkhardtswalde nach Leipzig-Stötteritz, Dr. Nordmann von Nossen nach Wiesbaden, Dr. Herrmann von Meißen nach Leipzig, Dr. Ebert von Stadt Wehlen nach Sebnitz, Dr. Hesse, Augenarzt, von Pirna, unbekannt wohin.

Baden.

Auszeichnungen: Titel außerordentlicher Professor: Priv.-Doz. Dr. Hellpach in Karlsruhe, Priv.-Doz. Dr Wilmanns in Heidelberg.

Kommandeurkreuz 2. Kl. des Ordens vom Zähringer Löwen: Geh. Hofrat Prof. Dr. Axenfeld in Freiburg i. Br.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Kahler in Wien zum außerordentlichen Professor und Direktor der laryngologischen Klinik in Freiburg i. Br.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Frey in Baden-Baden, Dr. Schermer in Freiburg i. Br., Dr. Hopfner in Elzach, Geh. Med.-Rat Dr. Dressler in Karlsruhe.

Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: San.-Rat Dr. Steinhort in Sternberg.

Großherzogtum Hessen.

Auszeichnung: Ritterkreuz 1. Kl. des Verdienst-Ordens Philipps des Großmütigen: Med.-Rat Dr. Wiessner in Büdingen, Med.-Rat Dr. Mayer, Direktor der Landesirrenanstalt Philipps-Hospital, Prof. Dr. Poppert in Gießen.

Oldenburg.

Niedergelassen: Dr. Dieckmann aus Dresden in Cloppenburg als Vertreter von Dr. Bitter, Dr. Schwartz aus Lützel in Elsaß-Lothringen nach Idar.

Verzogen: Dr. Hessel von Idar nach Kreuznach.

Sachsen-Weimar.

Ernannt: Priv.-Doz. Dr. Wrede in Jena zum außerordentlichen Professor.

Sachsen-Altenburg.

Gestorben: Bezirksarzt a. D. Dr. Uhlemann in Altenburg, Bezirkswundarzt Franke in Ottendorf.

Schwarzburg-Sondershausen.

Niedergelassen: Dr. Beetz in Langewiesen.

Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen.

Fernsprecher 1870. **Cavete collegae!** Drahtadresse: **Aerzteverband Leipzig.**

Zur Beachtung: Meist sind nicht die **ganzen Orte**, sondern nur **einzelne Stellen** darin gesperrt. Näheres s. „große" Cavetetafel in „Aerzt. Mitt." oder „Aerztl. Vereinsb.".

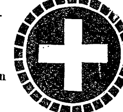
Verb. z. W. d. Int. d Deutsch. Betr.-K.-K (Rh.-Westf.-B.-K.-K.-V.), Essen-Ruhr

Kontroll- oder Vertrauensarztstelle f. d. ganze Reich Auskunft durch das Generalsekretariat.

Aachen
Angermünde
Annweiler i. Pfalz
Aumenau i. H.-N.
Baruth-Kleinsaubernitz i. Sa.
Benneckenstein a. Harz
Berlin
Bocholt i. Westf.
Borsigwalde i. Brdbg.
Bremen
Breslau
Burbach i. W.
Burgschwalbach
Canth, Bez. Breslau
Domnau i. Ostpr.
Dramburg i. Pom.
Drusenheim, U.-Els
Eberswalde i. Brdbg.
Ehrang, Bez. Trier
Eisfeld, Kr. Hildburgh.
Emden
Erkelenz, Rhld.
Essen a. Ruhr (s. oben)
Falkenberg b. Ahrensfeld.
Frankfurt a. M.
Frechen, Bez. Cöln a. Rh.
Gebhardshain, Westerw.
Geilenkirchen, Kr. Aach.
Gera, Reuß, Textil-B.-Kranken-Kasse
Groß-Schönebeck i. M.
Groß-Wanzer i. Altmark
Halle a. S.
Hamburg, B.-K. f. Staatsangestellte
Hamm i. Westf.
Hanau, San.-V.
Hauenstein i. Pfalz
Herbrechtingen i. Wttbg.
Heydekrug (Ostpr.)
Jugenheim i. Rheinl.
Kassel-Rothenditmold
Kettwig, Ruhr
Kirchberg, Jagst
Köln a. Rh., Stadt- und Landkreis
Köln-Deutz
Kupferhammer b. Ebersw.
Lachen, Bez.-A. Neustadt a. H.
Langschied u. Watzelhain i. Hessen-Nassau
Leitzkau (Prov. Sa.)
Ludwigshafen
Mohrungen, O.-Pr.
Mühlenbeck b. Berlin
Mülheim a. Rh.
M.-Gladbach
Munster i. Hann.
Nackenheim i. Rheinh.
Neustadt, Wied
Neustettin i. Pomm.
Niederwöllstadt i. Hess.
Oberhausen i. Rhld.
Ober-u. Nieder-Ingelheim, Rheinh.
Oberrosbach i. Hess.
Ockstadt i. Hess.
Oderberg-Bralitz i. Mark
Pattensen i Hann.
Pechteich-Forst i. Mark
Plettenberg i. Westf.
Puderbach, Kreis Neuwied
Pulsnitz i. Sachsen
Quint, Regbz. Trier
Radebeul b. Dresden
Rastenburg, O.-Pr
Recklinghausen i. W.
Rehau
Reibersdorf i. Sa.
Reichenbach i. Schl.
Rhein, O.-Pr.
Rheinpfalz
Rothenkirchen-Pressig, Oberfr.
Rüstringen (Wilhelmsha.
Sachsenhausen i. Mark
Schmiedeberg, Bad (Prov. Sachsen)
Schnevertingen, Hann.
Schornsheim, Rheinh.
Schutterwald, Amt Offenburg i. Baden
Schwandorf i. Bayern
Stettin, Fab.-K.-K. des Vulkan
Stolpe a. O.
Stommeln, Rhld.
Straßbessenbach bei Aschaffenburg
Strehla a. Elbe
Tempelburg i. Pomm.
Unterschwarzach i. Ba.
Wallhausen b. Kreuznach
Watzelhain u. Langschied i. Hessen-Nassau
Weidenthal i. Pfalz
Weißenfels a. S.
Wesseling b. Cöln
Weßling, O.-Bayern
Wiesbaden
Wilmersdorf b. Berlin
Zeitz (Prov. Sachsen)
Zingst i. Pomm.
Zweibrücken.

Ueber vorstehende Orte und alle Verbandsangelegenheiten erteilt jederzeit Auskunft das **Generalsekretariat, Leipzig, Dufourstr. 18, II.** Sprechzeit nachm. 3—5 (außer Sonntags). Kostenloser Nachweis von **Praxis-, Auslands- und Assistentenstellen** sowie **Vertretungen.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7 a; für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.



Dysphagin

Indikationen:

Angina, Pharyngitis, Laryngitis, Stomatitis catarrhalis sive ulcerosa, Tonsillenhypertrophie, Schmerzen im Oesophagus und der Magenschleimhaut.

Ausgezeichneter u. zuverlässiger **Ersatz oder Ergänzung der** **Gurgelwässer.**

Man läßt die Tabletten langsam im Munde zergehen.

Rp. Dysphagin Nr. I (mit Kokain) 30 Tabletten = 2 M.
Dysphagin Nr. I sind Tabletten mit Kokain (Kokain [0,005], Menthol, Anästhesin, Natr. biborac., Aromatica)

Rp. Dysphagin Nr. II (ohne Kokain) 30 Tabl. = 2 M.
Dysphagin Nr. II sind Tabletten ohne Kokain (Anästhesin, Menthol, Natr. biborac., Aromatica)

Rp. Dysphagin Nr. III (ohne Kokain) 16 Dragées = 2 M.
Dysphagin Nr. III sind Dragées, welche sich besonders angenehm nehmen lassen (Anästhesin, Acid. citr., Acid. tannic., Alum. subacet.).

Kefyrogen

ist das vollkommenste Präparat

zur Herstellung eines stets gleichmäßigen **Nähr-Kefyr** von angenehmstem Geschmack

„Kefyrogen“ ist **kein Kunstprodukt,** sondern reinstes nach Deutschem Reichs-Patent hergestelltes Kefyrferment von höchster Gärungsfähigkeit.

Die Anwendung von Kefyrogen ist die **denkbar bequemste** und billigste; die **frühere umständliche** und kostspielige Bereitung des Kefyrs fällt vollkommen weg.

„Kefyrogen“ ergibt durch **einfaches Lösen einer Tablette in Milch einen Kefyr;** welcher in der Feinheit des Geschmackes unerreicht dasteht und **pro 1/2 Liter nur etwa 4 Pfennig Herstellung** kostet.

Indikationen: Anämie, Chlorose, Phthise, Skrofulose, gewisse Magen- und Darmkrankheiten, Nierenkrankheiten, Rekonvaleszens und allgemeine Schwächezustände, Neurasthenie, zur Durchführung von Mastkuren, als Ersatz für Milchkuren, vor denen der Nähr-Kefyr den Vorzug der Appetitanregung und leichteren Verdaulichkeit hat.

„Kefyrogen“ ist in Schachteln à 60 Tabletten (zur Herstellung von [60 Flaschen] 30 Litern Kefyr) durch alle Apotheken zu beziehen. **Preis 2,50 M.**

Man bittet zu ordinieren:

Rp. 1 Originalschachtel „Kefyrogen“ ohne den Zusatz „Tabletten“ zu machen, um Verwechselungen mit Kefyr-Tabletten anderer Provenienz zu vermeiden.

Pyrenol

Kräftiges Expektorans und Sedativum.
Mildes Antifebrile u. Antirheumatikum.

I. **Bei Erkrankungen der Respirationsorgane:** Mehrere kleine oder mittlere Dosen (4—6 mal täglich 0,5—0,75 g Pyrenol für Erwachsene, 0,1—0,4 g Pyrenol für Kinder).

a) **Pertussis.** Rp. Sol. Pyrenol. 2,0—5,0/100,0.
Liq. Ammon. anis 2,0 }
Succ. Liquir. 5,0 } oder Sir. Rub. Jd. 20,0
S. Einen Kinderlöffel voll 3—6 mal täglich. Diese Dosis genügt, um eine deutliche sedative Wirkung zu erzielen.

b) **Pneumonie und akute Bronchitis.** 6 mal täglich 0,5 g Pyrenol, am besten in Tablettenform, um gleichmäßig mild das Fieber etwas niedriger zu halten, um profuse Schweißausbrüche zu vermeiden und dauernd die Expektoration zu erleichtern, Kindern — speziell bei **Masern** ist Pyrenol von vortrefflicher Wirkung — entsprechend weniger (6 mal täglich 0,1—0,3 g). **Rezept wie oben Ia.** (Doppelte Dosierung für Erwachsene.)

c) **Asthma bronchiale.** 6 mal täglich 0,5 g Pyrenol (ebenfalls am besten in Tabletten), sonst 4 mal täglich 0,5 g, im Anfall selbst stündlich 1 g, bis 5 g pro die.

d) **Influenza,** die ihren Symptomen nach einen Uebergang bildet von den Respirations- zu den rheumatischen sog. Erkältungskrankheiten, etwas höhere, aber auch häufige Dosen, 4 mal täglich 1 g Pyrenol, am besten in 2 Tabletten à 0,5 g, um eine deutlich schmerzlindernde Wirkung zu erzielen. Sobald Fieber und Schmerzen nachgelassen, genügen 4 mal täglich 0,5—0,75 g.

II. **Bei akuten Infektionskrankheiten** (besonders Masern, Typhus, Fieber der Phthisiker, wobei der expektorierende Faktor des Pyrenols zur besten Wirkung kommt) als Antifebrile in zahlreichen kleinen Dosen (siehe Ib); bis 6 mal täglich 0,1—0,3 g für Kinder, 0,3—0,75 g für Erwachsene.

1 Originalglas = 20 Tabletten à 0,5 g = 1 Mark.

Pyrenol kann in der vollen therapeutischen Dosis auch Herzkranken wochenlang ohne Bedenken ordiniert werden.

Die Mannigfaltigkeit in der therapeutischen Wirkungsweise und Verwendbarkeit des Pyrenols ist bekannt; sie erklärt sich aus der chemischen Zusammensetzung. (Pyrenol ist nach einem eigenen Fabrikationsverfahren aus Siambenzoesäure, Thymol, Natriumsalizylat und Natriumbenzoat hergestellt.)

Digistrophan

ein neues Kardiakum

Digistrophan ist ein nach einem patentierten Verfahren aus **titrierten** Folia Digitalis und Sem. Strophanthi hergestelltes Digitalis-Strophanthus-Präparat von vollkommener Konstanz, exakter Dosierbarkeit, absoluter Haltbarkeit und **vollwertiger Wirksamkeit;** Eigenschaften, wie sie die naturgemäß in verschiedenen Gegenden gewonnene Droge selbst oder deren Tinkturen bezw. Extrakte in dieser Gleichmäßigkeit niemals bieten können. **Die Kombination der Digitalis mit Strophanthus bezweckt, die störende kumulative Wirkung zu mildern und die heilende zu verstärken.**

(„Therapie der Gegenwart“, Nr. IV, 1910.)

Indikationen:
Wie diejenigen der Digitalis.

Digistrophan wird von den Verdauungsorganen gut vertragen und hat keinen schädigenden Einfluß auf die Nieren. Störende kumulative Wirkung wurde nicht beobachtet.

Die **Dosierung** ist äußerst einfach.

Die Digistrophantabletten werden in drei Modifikationen hergestellt:

a) Digistrophan. pur.
(Originalglas, 20 Tabletten à 0,15 = 2 M.), jede Tablette entspricht 0,1 Digitalis, 0,05 Strophantus.

b) Digistrophan. diuret. Nr. I
(compos. c. Natr. acet.)
(Originalglas, 20 Tabletten à 0,35 = 2,25 M.), jede Tabl. = 0,15 Digistrophan. pur. u. 0,20 Natriumacetat (verstärkte diuret. Wirkung].

c) Digistrophan. diuret. Nr. II
(compos. c. Natr. acet. et Coffein)
(Originalglas, 20 Tabletten à 0,5 = 2,50 M.), jede Tablette entspricht 0,15 Digistrophan. pur., 0,20 Natriumacetat., 0,15 Coffein (starke diuretische Wirkung).

Ordination: 3—4 mal täglich 1 Tablette; bei magenempfindlichen Personen zerdrückt in Apfelmus einzunehmen.

Arhovin

Gonorrhoe, Zystitis, Pyelitis, Bakteriurie.

Anwendung:

Bei der akuten und chronischen Gonorrhoe, auch wenn sie mit Prostatitis, Zystitis oder Epididymitis kompliziert ist, leistet Arhovin dadurch Hervorragendes, daß es anästhesierend auf die ganze Urogenitalsphäre wirkt, die Schmerzen beim Urinieren lindert, die Sekretion beschränkt und die Azidität des Urins erhöht.

Ordination:

Rp. 1 Originalschachtel **Arhovin**-Kapseln (à 0,25 g) . . . à 30 Stück = 2 M.
1 Originalschachtel **Arhovin**-Kapseln (à 0,25 g) . . à 50 Stück = 3 M.
1 Originalschachtel **Arhovin**-Kapseln (à 0,25 g) . . à 15 Stück = 1 M.

Dosierung: Drei- bis sechsmal täglich 1—2 Kapseln.

Proben und Literatur stehen den Herren Aerzten zu Diensten.

Goedecke & Co., Chemische Fabrik, Leipzig u. Berlin N. 4

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang | Berlin, 16. März 1912 | No. 11

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Schnell schmerzstill. leicht resorbierende



und

ESTER-Dermasan

„verstärktes Rheumasan"

antiseptische Salicyl-Salben-Seifen

Rheumatosen - Arthritiden - Neuralgien
Tab. Schmerzen - Influenza - Herzschmerzen

Tylosis — Psoriasis — Pityriasis — Herpes tonsurans — Gonorrhoe — Parametritis — Perimetritis — Oophoritis

schwer lösliche essigsaure Tonerde



-Puder -Salben -Crême u. a.

Intertrigo, Hyperidros., Ekzeme, Dermatitiden, **Ulcus crur. - Decubit. - Fluor alb. - Prurit.** Epidermolyse, Haemorrh. Ophthalmo-Blenorrhoe. Conjunctiv., Blepherit. — Otitis — Stomatit., Angina.



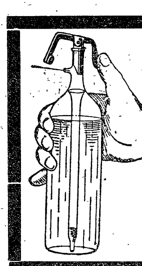
Pulv. subt. Lenicet c. Coc. et Nebennierenzubst.

Zum Einsaugen und Einstäuben bei

Katarrhen der oberen Luftwege

Literatur und Proben kostenlos von

Dr. R. Reiss, Rheumasan- u. Lenicet-Fabrik
Berlin-Charlottenburg 4.



Dr. Thilo & Co., Chemisches Institut, **Mainz.**

Conephrin Dr. Thilo (Cocain-Paranephrin)
Novoconephrin (Novocain-Paranephrin)

Zwei hervorragende und bewährte Injektions-Anaesthetica.

Chloraethyl Dr. Thilo.

Machen Sie einen Versuch mit unseren **Automatischen Standflaschen** (s. Abbild.). Sie werden nur noch diese Aufmachung verordnen!

Sterile Subcutan-Injektionen.

Marke



SICHELSTERN
Gegr. 1889.

Antiseptisches Mundwasser

à Flasche M. 1,25 u. M. 2,75

Antiseptisches Zahnpulver à Dose M. 0,80

Den Herren Aerzten Vorzugspreise.

Man verlange **Probeflaschen gratis** und **franko** vom chemischen Laboratorium

Dr. W. Poetsch, Berlin W. 88, gegenüber dem Kgl. Schauspielhause.

Oïnose

gesetzl. geschützt Nr. 80303.

Reine Traubenhefe

durch spezielle Kultur dem sauren Magensaft angepasst.

Preis per Flasche M. 6.— à 1 Liter Inhalt.

Levuretin

gesetzl. geschützt Nr. 43358.

In Luft getrocknete

Bierhefe

Bakteriologisch rein und nicht mit Stärke vermischt. Zellen intact u. lebenskräftig, granuliert und in Tabletten à 0.5 g.

$^1/_4$ Flasche für 8 Tage M. 1.50
$^1/_2$ „ „ 14 „ „ 2.75
$^1/_1$ „ „ 1 Monat „ 4.80

Beides gegen **Furunkulose, Anthrax, Ekzem, Hautkrankheiten gastrischen Ursprungs** u. **Verdauungsstörungen.**

Versuche mit Levuretin und Oïnose gegen **Zuckerkrankheit** haben weitgehende Hoffnungen erfüllt.

Laboratorium und Fabrik E. FEIGEL
in Lutterbach bei Mülhausen i. E.

RONCEGNO

Natürliches Arsen-Eisen-Wasser

das arsenreichste aller Arsenwässer

Von den ersten medizinischen Autoritäten wird eine Trinkkur mit **Roncegno-Wasser bei Blutarmut, Haut-, Nerven-, Frauen-Leiden, Malaria wärmstens empfohlen.**

Zu häuslichen Trink-Kuren in allen Apotheken erhältlich.

Verlag von OSCAR COBLENTZ in Berlin W. 30.

Therapie
der
Haut- und Geschlechtskrankheiten
von
Dr. med. Reinh. Ledermann, Berlin.
Mit 88 Abbildungen im Text.
Vierte durchgesehene und erweiterte Auflage.
Preis elegant gebunden **6,— Mk.**

Blankenburg a. H.

Sanatorium EYSELEIN für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Das ganze Jahr geöffnet.

Prosp. durch den Besitzer und leitenden Arzt Dr. Matthes.

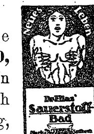
Warum teure Sauerstoffbäder verordnen?

Dr. Elias Sauerstoffbäder

Marke Spitzeck



in unübertroffener Güte, greifen unter Garantie keine Wannen an und **kosten nur M. 1,90,** bei Abnahme von **10 Bädern M. 1,80.** In maßgebenden Institutenim ständigen Gebrauch gegen Herzkrankheiten, Arterienverkalkung, Asthma und Frauenkrankheiten.



Deutsche Malz-Milch mit dem Spitzeck

bestehend aus reinstem Malz und prima Trockenmilch, ist das hervorragendste und billigste

Nährmittel der Gegenwart.

Als Kinder- u. Säuglingsnahrung unersetzlich.

Literatur und Versuchsproben für die Herren Aerzte gratis durch

Chem. Fabrik Winkelmann & Co., Berlin SW. 48

Telefon: Amt Moritzplatz, 2006. Filialen in nahezu jeder Stadt Deutschlands und jeder größeren Stadt des Auslandes.



Gesunde Kinder
durch echt Löflund's
Milchzucker. Reinste Marke. Nach Prof. v. Soxhlet's Verfahren, für gesunde und kranke Säuglinge.
Malz-Extrakt nach Liebig und Fehling, seit 45 Jahren bewährt als Katarrhmittel und Nähr-Präparat für Kinder, Kranke und Genesende.
Malz-Suppen-Extrakt nach Prof. Keller, für magendarmkranke Kinder, in der Breslauer Klinik bis 80% geheilt, in vielen Anstalten eingeführt.
Nähr-Maltose, ein neuer Nährstoff von kräftigster Wirkung bei Kindern und Kranken (400 Calorien).
In allen Apotheken und Drogerien.
Stets die Marke „Löflund" verordnen.



Thymo-bronchin



OZOFLUIN

81. Jahrgang | Berlin, 16. März 1912 | No. 11

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Versuche mit dem neuen Schlafmittel Aponal.

Von

Dr. **Simonstein**, prakt. Arzt in Berlin-Halensee.

Wenn trotz der zahlreichen uns zu Gebote stehenden Schlaf- und Beruhigungsmittel das Bestreben vorhanden ist, immer neue Mittel für den gleichen Zweck zu finden, so liegt der Wert dieses Strebens nicht allein darin, daß es dem Arzt willkommen sein wird, mit den Mitteln zwecks Vermeidung von Gewöhnung zu wechseln, sondern vor allem daran, daß wir hoffen, zugleich ein besseres, d. h. ein unschädlicheres Mittel gefunden zu haben.

Im Laufe der letzten Jahre haben die Diäthylbarbitursäure-Präparate alle anderen zahlreichen Vor- und Mitläufer überflügelt, und nun mehren sich die Stimmen, welche über unangenehme Nebenwirkungen dieser Hypnotica laut werden. Und mit Recht! Denn zweifellos sind dieselben stark wirkende Mittel, die vermöge ihrer chemischen Konstitution sozusagen mit Gewalt den Schlaf erzwingen wollen. Allerseits ist es aber anerkannt, daß wir nie lange Zeit diese Mittel geben können, ohne Vergiftungserscheinungen oder überhaupt schwere körperliche Schädigungen herbeizuführen. Somit liegt es im Interesse des Praktikers, ein Schlafmittel zu besitzen, das man eine ganze Zeitlang regelmäßig ohne Gefahr für den Patienten geben kann und das auch tatsächlich das gewünschte Resultat erzielt.

Ein solches Mittel, das in der Praxis einen recht brauchbaren Wert hat und nach meinen Erfahrungen eine wertvolle Bereicherung in unserem Arzneischatze darstellt, ist das Aponal, das von der Firma Zimmer & Co., Frankfurt a. M., in den Handel gebracht wird und mir zwecks Versuchen in der Praxis zur Verfügung gestellt worden ist.

Das Aponal, dessen chemische Formel

$$NH_2 \cdot CO{-}O{-}C \begin{matrix} CH_3 \\ CH_3 \\ C_2H_5 \end{matrix}$$

lautet, ist der Ester des tertiären Amylalkohols und wird durch Einwirkung von Harnstoffchlorid auf Amylenhydrat hergestellt. Es bildet farblose Kristalle, die schwach nach Kampfer riechen und schmecken und bei 83—86° schmelzen. Es ist leicht löslich in den meisten organischen Lösungsmitteln, schwer löslich in Wasser.

Das Aponal gelangte zur Anwendung in 39 Fällen von Schlaflosigkeit, denen die verschiedensten Ursachen zugrunde lagen, mochte dieselbe eine rein idiopathische Agrypnie ohne sonstigen organischen Befund sein, durch Uebererregbarkeit des Zentralnervensystems oder durch außergewöhnliche psychische Reize, wie Angst, Schreck, Aufregung etc. (10 Fälle) oder mochte sie das besonders hervorstechende Symptom der Neurasthenie und Hysterie sein (18 Fälle). In dritter Linie wurde das Aponal verabreicht, wenn bei organischen Erkrankungen das Einschlafen infolge Angst oder Herzklopfen erschwert oder hierdurch der Schlaf gestört war. In dieser Beziehung wurden die verschiedensten Krankheiten behandelt: Herzerkrankungen, Bleikolik, rheumatische Erkrankungen der Muskeln und Gelenke, Nervenentzündungen, Lungenerkrankungen in den verschiedensten Stadien, Carcinomatose des Darmes (11 Fälle).

Von vornherein mag gleich gesagt sein, daß mit Ausnahme eines Falles von Hysterie, wo keine Einwirkung eintrat, eher nach den Angaben der Patientin sich sogar die Erregung gesteigert hat, durch eine einmalige abendliche Gabe von 1 g Aponal ein ruhiger, erquickender Schlaf erzielt worden war. In einem Falle, wo nachts infolge einer schweren organischen Erkrankung sich stärkere Schmerzen einstellten, mußte 1,5 g, später 2 g zur Erzielung des Schlafes gegeben werden. Mit fast staunenswerter Uebereinstimmung wurde hervorgehoben, daß der Schlaf gut und ununterbrochen war. Die Patienten schliefen leicht in einem Zwischenraume von 5 Minuten bis spätestens einer Stunde nach dem Einnehmen des Mittels ein und erwachten nach ca. 6- bis 8 stündigem Schlafe „frisch", „mit freiem Kopfe". Ueber Eingenommensein des Kopfes wurde nie geklagt; besonders mag hervorgehoben sein, daß, soweit es sich in der Versuchsreihe um erwerbsfähige Personen handelte (22 Fälle), dieselben sich für die Dauer des nächstfolgenden Tages nach ihren Angaben vollkommen arbeitsfähig fühlten und weder durch Kopfschmerzen, noch durch Schwere und Benommenheit des Kopfes in der Ausübung ihres Berufes behindert waren.

Als großer Vorteil ist es anzusehen, daß niemals über schlechten Geschmack des Mittels geklagt wurde — was bekanntlich bei den meisten Hypnoticis nicht zutrifft. Magen- und Darmreizungen kamen nicht vor. Einer ständigen Kontrolle wurden Herz und Nieren unterzogen. Hierbei zeigten sich nie schädliche Nebenwirkungen auf das Herz; die tägliche Urinuntersuchung ergab in keinem Falle eine Reizung der Nieren. Ich habe das Mittel in den meisten Fällen in Tablettenform à 1 g nehmen lassen; vereinzelt mußte die Wirkung durch Einnehmen mit warmem Tee beschleunigt werden.

Wenn wir uns pharmakologisch die Wirkung des Aponals vor Augen führen, so ist dieselbe stärker als diejenige des Amylenhydrats, das ja als Schlafmittel erprobt und dessen Bedeutung als Erleichterungs- resp. Beschleunigungsmittel bei schwerem Einschlafen von Ziehen hervorgehoben ist. Gegenüber dem flüssigen Amylenhydrat gebührt dem Aponal nicht nur wegen seiner kristallinischen Form, sondern auch wegen seines angenehmen Geschmackes der Vorzug.

Ferner kommt hinzu, daß, wie Huber („Med. Klinik", 1911, No. 32) nachweist, das Aponal seine schlafmachende Wirkung außer dem Amylenhydrat noch einer zweiten Komponente verdankt, nämlich der Veresterung der Carbaminsäure, die ihrerseits nach Thoms („Med. Wochenschrift", 1908, No. 14) hypnotische Wirkung hat.

Wer, wie Verfasser, seine Versuche vornehmlich auf Personen erstreckt hat, die trotz des Symptomes der Schlaflosigkeit doch gezwungen sind, ihrem Berufe nachzugehen, muß es als besonderen Vorteil begrüßen, daß dem praktischen Arzte in dem Aponal ein sicher wirkendes und in der gegebenen Dosierung unschädliches Schlafmittel zur Verfügung steht, das sozusagen „ohne Berufsstörung" genommen werden kann.

Wenn man demgegenüber bedenkt, daß z. B. bei Veronal die schlafmachende Wirkung sich häufig noch auf den nächsten Tag erstreckt und daß Eingenommensein des Kopfes und die Mattigkeit am nächsten Tage die Arbeitsfähigkeit lähmen resp. herabsetzen, so kommt dem Aponal in dieser Beziehung eine gewisse soziale Bedeutung zu.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließl. Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

Dr. **E. Döbeli**, Dozent für Kinderheilkunde in Bern: **Zur Aetiologie und Pathologie des Keuchhustens.** (Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte, 1912, No. 4.)

Es ist bis jetzt noch nicht gelungen, einen Mikroorganismus zu isolieren, welcher absolut sicher der Erreger des Keuchhustens ist; ebensowenig konnte bis jetzt ein wirksames spezifisches Serum dargestellt werden. Trotzdem ist der Keuchhusten eine in hohem Maße übertragbare Krankheit, deren einmaliges Ueberstehen im allgemeinen vor einer zweiten Erkrankung schützt. Kinder können an Keuchhusten erkranken, ohne daß sie je mit einem Pertussiskranken zusammengekommen sind. Es ist ferner einwandfrei erwiesen, daß Keuchhustenanfälle auftreten, wenn das Nervensystem der betreffenden Kinder übererregbar ist, und zwar sind die Anfälle um so ausgesprochener, je höher der Grad der Uebererregbarkeit ist. Solange kein spezifischer Erreger des Keuchhustens gefunden ist, kann man, gestützt auf klinische Beobachtungen, sehr wohl daran festhalten, daß die Infektion in der Weise zustande kommt, daß der Katarrh der oberen Luftwege, welcher stets die Pertussis in stärkerem oder geringerem Maße begleitet, übertragen wird und daß die eigentlichen typischen Keuchhustenanfälle durch psychische Infektion ausgelöst werden, d. h. ein Kind infiziert sich an einem anderen direkt mit dem Katarrh, der durch die verschiedensten Bakterien verursacht werden kann; damit es aber die typischen Keuchhustenanfälle bekommt, muß es solche gehört und vielleicht auch gesehen haben. Durch die bei jedem Hustenanfall vom Kinde mit Hilfe des Willens gemachte Anstrengung, den Husten zu unterdrücken, könnten sich im Zentralnervensystem allmählich Hemmungsbahnen ausbilden, welche dem Kinde für den Keuchhusten eine gewisse psychische Immunität verleihen würden. Kr.

Prof. Dr. **Eduard Müller** (Marburg): **Ueber die bulbäre Form der epidemischen Kinderlähmung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Es gibt verkappte Formen von Poliomyelitis, deren Beziehungen zur „spinalen Kinderlähmung" leicht übersehen werden. Dies gilt besonders für reine Fälle von bulbärer Kinderlähmung. Es kann eine akut einsetzende Facialislähmung das einzige Symptom der Erkrankung darstellen. In derartigen Fällen wird oft die Diagnose verfehlt. Das Vorkommen einer bulbären Form der Kinderlähmung ist experimentell beim Affen, epidemiologisch, klinisch und autoptisch beim Menschen zu erweisen. Bei letzterem liegt der epidemiologische Beweis darin, daß dort, wo die spinale Kinderlähmung als Seuche grassiert, auch die sonst so seltenen Fälle von akut infektiöser Bulbärparalyse des Kindesalters sich zu häufen pflegen. Außerdem gehen schwere, frische Poliomyelitiden geradezu regelmäßig mit anatomischer, wenn auch nicht immer mit klinischer Bulbärbeteiligung einher, und die bekannten Landryschen Formen, vor allem aber die Erbschen Fälle von Poliomyelitis anterior acuta superior bilden fließende Uebergänge zwischen spinaler und bulbärer Kinderlähmung. — Schwierig wird die klinische Deutung erst dann, wenn die Bulbärformen (einschließlich der pontinen Fälle) gewissermaßen ein selbständiges, primäres Krankheitsbild darstellen. Gewöhnlich beginnt hier das Leiden mit einseitigen Facialislähmungen, die sich unter den vielfältigen febrilen Vorläufererscheinungen der epidemischen Poliomyelitis entwickeln und meist den Stirnast mitbefallen. Solche akutinfektiösen Facialislähmungen liegen gewöhnlich Rückenläsionen, also eine Encephalitis oder auch Polioencephalitis pontis, zugrunde. Meist treten noch andere bulbäre und schließlich auch spinale Symptome hinzu. Es kommt vor allem zu Paresen der äußeren Augenmuskulatur, auch des Hypoglossus und motorischen Trigeminus, ferner zu Sprach- und Schlingstörungen, selbst zu einseitigen Gaumenlähmungen. Der Exitus ist in diesen Fällen meist direkte Folge der Rückenmarkserkrankung. Zu Intercostalmuskellähmungen treten bei hoher Halsmarkläsion noch Paralysen der Aushilfsmuskulatur am Halse und schließlich tödliche Phrenicuslähmungen. Trotz der dubiösen Prognose der spinalwärts fortschreitenden Bulbärform heilen manchmal geradezu verzweifelte Fälle restlos aus. — Was die klinischen Symptome anlangt, so wurden die wichtigsten Erscheinungen des fieberhaften Vorstadiums der Kinderlähmung, die typische Ueberempfindlichkeit und die Schweiße, wenn auch nicht regelmäßig und immer vereinigt, in den bulbären Fällen gefunden. Diese Erscheinungen ermöglichen in manchen Fällen die Frühdiagnose. Diese Ueberempfindlichkeit kann, wenn sie an umschriebenen Stellen besonders ausgesprochen ist, auch zu Fehldiagnosen führen, z. B. Appendicitis, wenn Darmsymptome bestehen und die Hyperästhesie in der rechten Unterbauchgegend lokalisiert ist. Meist bestehen in den Bulbärfällen auch noch Zeichen einer gleichzeitigen leichten Rückenmarksaffektion, z. B. Verlust von Sehnenreflexen sowie umschriebene Hypotonie und Schwächezustände der Extremitätenmuskulatur.

Dr. **J. Dreyfus** (Kaiserslautern): **Serumtod infolge von Anaphylaxie?** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Verf. berichtet über einen schon fast fünf Jahre zurückliegenden Fall. Er machte einem 7 jährigen Knaben, der an mäßig schwerer Diphtherie erkrankt war, eine Einspritzung von Diphtherieserum No. 3 (Höchst). Der Knabe hatte schon ein Jahr vorher zu prophylaktischen Zwecken eine Einspritzung von 150 I.-E. Höchster Diphtherieheilserum erhalten und war bei gutem Kräftezustand. Die neue Einspritzung wurde am Oberarm gemacht und verlief zunächst ohne Zwischenfall. Etwa zwei Minuten nach der Einspritzung begann das Kind über Jucken an den Beinen und am Leib zu klagen. Dieses Jucken nahm schnell so zu, daß das Kind jammerte. Dann erfolgte in

ca. 2 Minuten Erbrechen, klonische Krämpfe der Arme und Beine, Pulslosigkeit an der Radialis, Weite und Reaktionslosigkeit der Pupillen, Bewußtlosigkeit. Dann erfolgte nach ungefähr 20 Minuten langsames, trotz künstlicher Atmung oft aussetzendes stertoröses Atmen, und dann der Tod. Sektion konnte nicht gemacht werden. Verf. glaubt, daß es sich hier um eine Folge von Serumüberempfindlichkeit handelte, die infolge der früheren prophylaktischen Einspritzung entstanden war. Verf. hält es für nötig, für Fälle, wo Menschen früher bereits Pferdeserum einverleibt bekommen haben und man gezwungen ist, ihnen zu Heilzwecken erneut Serum einzuspritzen, Serum einer anderen Tierart zur Verfügung zu haben. R. L.

Dr. **Adolf Friediger** (München): **Ueber eine akute Benzinvergiftung beim Säugling.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 5.)

Benzinvergiftungen können eintreten entweder durch Inhalation von Benzindämpfen oder durch Aufnahme von Benzin per os; letzterer Modus kommt besonders bei Kindern vor, die versehentlich aus Benzinflaschen trinken. Von 14 derartigen internen Benzinvergiftungen, die Verf. in der Literatur fand, endeten 8 letal. In dem von Verf. hier mitgeteilten Falle entstand eine Benzinvergiftung auf eigenartigem Wege. Es handelte sich um ein schwächliches Kind im Alter von 1½ Monaten, bei dem wegen multipler rezidivierender furunkulöser Abscesse tiefe Inzisionen, zahlreiche Skarifikationen etc. vorgenommen werden mußten. Die zahlreichen kleinen Knoten auf Brust und Rücken wurden nach der Eröffnung durch Pflasterverband geschützt. Bei einem Verbandwechsel wurden die Pflasterstücke und Pflasterrückstände mit Hilfe von Benzin entfernt. Darnach wurden die betreffenden Stellen mit neuen Pflastern versehen. Am nächsten Tage sah das Kind ganz verfallen aus; wie die Mutter angab, waren kurze Zeit nach dem Verbandwechsel Erbrechen und Krampferscheinungen aufgetreten. Das Kind wurde, nachdem sämtliche Verbandstoffe und Pflaster entfernt waren, in ein Weizenkleibad gebracht. Hiernach besserte sich das Allgemeinbefinden, Erbrechen und Krämpfe ließen nach und in einigen Tagen war völlige Heilung eingetreten. Verf. ist der Ansicht, daß sowohl Benzindämpfe von dem Kinde während des Verbandwechsels eingeatmet als auch ein Teil des Benzins von der Haut aus resorbiert wurde, besonders, da die applizierten Pflaster es am Verdunsten verhinderten. Der Fall lehrt, daß man auch mit der rein technischen Verwendung des Benzins sehr vorsichtig sein muß, zumal bei schwächlichen Kindern in zartem Lebensalter. R. L.

Prof. Dr. **Georg Finder** (Berlin): **Die Tonsillen als Eintrittspforte der Infektionskrankheiten.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 50.)

Es ist eine Frage, die seit langer Zeit schon die Aufmerksamkeit der Aerzte in Anspruch nimmt, welche Bedeutung für den Organismus jenen in den obersten Luftwegen vorhandenen Anhäufungen lymphatischen Gewebes zukommt, die Waldeyer so zweckmäßig zu einem einheitlichen Ganzen unter dem Namen des „lymphatischen Schlundrings" zusammengefaßt hat und deren hauptsächliche Repräsentanten die zwischen den Gaumenbögen eingebetteten Gaumentonsillen und die im wesentlichen am Rachendach oberhalb der Choanen sitzende Luschkasche oder Rachentonsille bilden. Verf. erörtert in vorliegender Arbeit die Rolle der Tonsillen bei der Entstehung der Infektionskrankheiten und kommt dabei zu folgenden Schlußsätzen: 1. Es gibt sicher eine ganze Anzahl von Fällen akuter Infektionskrankheiten, die mit einer Angina beginnen oder sich unmittelbar an eine solche anschließen oder sich auf dem Boden einer chronischen Mandelentzündung entwickeln und für die wir die Tonsillen als Eingangspforte ansehen müssen. Die größte Rolle unter diesen Erkrankungen spielt der akute Gelenkrheumatismus, für den wir den eben gekennzeichneten Infektionsmodus wohl als den häufigsten ansehen müssen. 2. Es gibt — und zwar gar nicht allzuselten — eine primäre, nur mikroskopisch diagnostizierbare (also „latente") Tuberkulose der Tonsillen. 3. Wir müssen auch annehmen, daß der Tuberkelbacillus imstande ist, in die Tonsille einzudringen, dort zu verweilen und sie zu durchwandern, ohne daß er in der Tonsille selbst irgendwelche pathologische Veränderungen hervorruft. 4. Bei der Lymphadenitis colli tuberculosa der Kinder (Skrofulose) spielt die Infektion von den Tonsillen neben anderen Infektionsmöglichkeiten eine wichtige Rolle. 5. Eine latente, nur mikroskopisch diagnostizierbare Tonsillartuberkulose ist, wenn ausgesprochene Tuberkulose des Kehlkopfes oder der Lunge vorhanden ist, als eine Sekundärinfektion durch Sputum aufzufassen. 6. Gegenüber den anderen für die Entstehung der Lungenschwindsucht in Betracht kommenden Infektionsmöglichkeiten kommt dem Infektionsmodus von den Tonsillen aus nur eine geringe praktische Bedeutung zu.

Für das therapeutische Handeln ergibt sich aus Verfassers Anschauungen, daß wir prophylaktisch alle Momente fernhalten sollen, durch die der Schutzmechanismus der Tonsillen geschädigt werden könnte und daß wir sie vor der Eventualität einer Infektion nach Möglichkeit schützen sollen. Tonsillarhyperplasien mäßigen Grades müssen im Kindesalter als etwas Physiologisches aufgefaßt werden, als ein Ausdruck gesteigerter Inanspruchnahme, als eine Art Arbeitshyperplasie, und wir haben demgemäß keine Veranlassung, gegen sie einzuschreiten, solange sie keinerlei Beschwerden verursachen oder wir keinen Grund haben, irgendwelche Krankheitserscheinungen auf sie zu beziehen. Anders liegt die Sache bei starken Hyperplasien, die deutliche Symptome veranlassen, wo diese Symptome aber rein mechanisch bedingt sind und im wesentlichen in Beschwerden bei der Deglutition, der Atmung und dem Sprechen bestehen. In diesen Fällen genügt es, den über die Gaumenbögen hervorstehenden Teil der Tonsillen zu amputieren, auf diese Weise eine Verkleinerung herbeizuführen und das Hindernis beim Atmen und Schlucken hinwegzuräumen. Dies geschieht durch die Tonsillotomie. In allen Fällen jedoch, in denen Anlaß vorhanden ist, anzunehmen, daß die Tonsillen nicht nur keine Schutzorgane mehr vorstellen, sondern in denen sie sich zu einer Gefahr für den Organismus umgewandelt haben, indem sie eine den Krankheitserregern ständig geöffnete Eintrittspforte darstellen, in allen diesen Fällen kommen wir mit der bloßen Zerkleinerung der Tonsille nicht mehr aus; hier müssen wir zu radikaleren Mitteln unsere Zuflucht nehmen, die bezwecken, das erkrankte Organ vollständig zu eliminieren. Hierher möchte Verf. vor allem die Fälle von häufig rezidivierenden Anginen respektive peritonsillären Abscessen zählen. Eine derartige Neigung zu häufigen Halsentzündungen pflegt immer verbunden zu sein mit einer Tonsillitis chronica. Letztere kann schon an sich lokale Beschwerden, z. B. Foetor ex ore, verursachen, die eine Radikalentfernung angezeigt sein lassen; maßgebend ist aber vor allem für diese Indikation, daß gerade diese chronischen Mandelentzündungen so häufig den Ausgang von Allgemeininfektionen bilden, und Verf. betrachtet diese Indikation geradezu als eine zwingende, wenn der Pat. bereits einmal eine Infektion durchgemacht hat, die mit Sicherheit oder auch nur Wahrscheinlichkeit auf seine erkrankten Mandeln bezogen werden kann, z. B. einen akuten Gelenkrheumatismus. Auch möchte Verf. die Radikalexstirpation der Tonsillen für angezeigt halten, wenn wir sie bei tuberkulöser Lymphadenitis colli im Kindesalter erkrankt finden. Kr.

Kreisarzt Dr. **Robert Hilgermann** (Coblenz): **Wassermannsche Reaktion und Bleiintoxikation.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Nach den Angaben von einigen Autoren soll das Serum von Bleikranken (auch ohne vorangegangene Lues) zuweilen eine positive Wassermannsche Reaktion ergeben. Demgegenüber kommt Verf. zu einem anderen Resultat. Von 35 Sera einwandfreier Bleikranker (akute, subakute und chronische Fälle) ergab kein Serum eine positive Wassermannsche Reaktion. — Dabei wurde die Reaktion immer streng nach der Originalvorschrift von Wassermann angestellt. R. L.

Chirurgie.

Dr. med. **Georg Ernst Konjetzny** (Kiel): **Zur Pathologie der Angiome.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 5.)

Der Verf. zeigt an zwei Beispielen, daß Angiome, die für gewöhnlich als gutartig gelten, unter Umständen auch durch schnelles Wachstum sehr verhängnisvoll werden können. Im ersten Falle handelte es sich um ein 13 Monate altes Kind, bei dem zuerst 14 Tage nach der Geburt ein hirsekorngroßer Fleck auf der linken Wange bemerkt worden war, der von einem Arzt für ein Angiom erklärt wurde. Die Geschwulst vergrößerte sich in den nächsten Monaten sehr schnell, und nunmehr ist die linke Wange vom Ohr bis an das untere Augenlid und nach unten über den Unterkieferrand hinaus, die Nase, die ganze Ober- und Unterlippe, die Kinn- und Unterkinngegend von einem bläulichroten, meist unregelmäßig knolligen, schwammigen, kompressiblen Tumor eingenommen, der sich als ein kavernöses Angiom darstellt. Das Kind ist dadurch natürlich außerordentlich entstellt. Der zweite Fall betrifft einen 26 jährigen Mann, der seit der Geburt ein „Muttermal" unterhalb der linken Achselhöhle hatte. Erst vor 1½ Jahren begann es zu wachsen, und nunmehr wird die linke Thoraxhälfte von einem riesigen Tumor eingenommen, der in der Achselhöhle Kindskopfgröße, unterhalb des linken Schulterblattes Mannskopfgröße erreicht, und hier bis zum Rippenbogen hinabgeht, außerdem erstreckt sich der Tumor auf die Gegend des Musc. pectoralis, diesen zum größten Teil durchsetzend, die Claviculargruben, die linke seitliche Halsgegend, die ganze Schultergegend, die Gegend median von der linken Scapula, den ganzen linken Arm (hier besonders an der Innenfläche). Der Tumor reicht bis in die Hohlhand und geht noch auf die volare Daumenfläche über. Seiner Beschaffenheit nach ist der Tumor

eine cavernöse Gefäßgeschwulst. Diese Fälle zeigen, daß gewisse Angiome ganz den Charakter bösartiger Geschwülste annehmen können. In derartigen Fällen macht die angiomatöse Proliferation vor keinem Gewebe Halt; sie durchsetzt Haut und Muskeln, ja in manchen Fällen bleiben auch die Knochen nicht verschont. Für die Therapie folgt aus derartigen Beobachtungen, daß auch harmlos aussehende Angiome möglichst früh radikal zu beseitigen sind, jedenfalls dann, wenn irgendwelche Expansionsbestrebungen an dem Angiom sich bemerkbar machen.

Prof. Dr. **Hermann Schridde** (Freiburg i. Br.): **Das Granuloma teleangiektodes europeum, eine Protozoenkrankheit.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 5.)

Das Granuloma teleangiektodes ist eine Erkrankung, die in bald kleineren, bald größeren Geschwürsbildungen besteht, die sich vor allem an den Fingern und Händen überhaupt, ferner aber auch an den anderen Gliedmaßen befinden. Seltener sind Kopf oder Rumpf befallen. Vom Grunde der Geschwüre aus kommt es stets zu auffälligen Gewebswucherungen, die mehr oder weniger hervorragend sich oft wie ein Pilz über die Oberfläche der Haut erheben. Hin und wieder geht der Prozeß in die Tiefe und kann beispielsweise an den Fingern auf den Knochen übergreifen und ihn zerstören. Man hat deshalb früher wohl die Krankheit als Sarkom aufgefaßt. Es hat sich jedoch gezeigt, daß es sich um entzündliche Granulationsgewebswucherungen handelt, die sich durch großen Reichtum an Blutgefäßen auszeichnen. Die Krankheit ist gar nicht so selten. Im Freiburger pathologischen Institut kamen in den letzten 2 Jahren allein 6 Fälle aus der Stadt zur Untersuchung. Die Affektion hat Aehnlichkeit mit der Verruga peruviana. Die von den Franzosen als menschliche Botryomykose angesehenen Geschwürsbildungen an der Haut sind nichts anderes als teleangiektatische Granulome; die Annahme, der Botryomyces sei der Erreger, ist unrichtig. Bisher war es noch nicht gelungen, einen Parasiten zu finden, der als spezifisch für das Granulom hätte betrachtet werden können. Verf. berichtet nun über Befunde, die er in einem von ihm neuerdings untersuchten Falle erheben konnte. Bei einem 62 jährigen Manne wurde der linke kleine Finger amputiert, der ein hochentwickeltes Granulom aufwies. Dieser Finger wurde Verf. zur Untersuchung übersandt; außerdem wurde noch ein aus der Kopfhaut desselben Mannes exzidiertes Geschwür mitgeschickt. An diesem Material fand Verf. protozoenartige Gebilde, welche er für die Erreger des Granuloma teleangiektodes hält und von denen er eine genauere Beschreibung gibt. Es liegen ganz ähnliche Gebilde vor, wie man sie bei der Orientbeule resp. der Aleppobeule beschrieben hat. Verf. hält diese Gebilde für Protozoen, die zu den Leishmanien gezählt werden müssen. Die Gebilde fanden sich hauptsächlich in den oberflächlichen Teilen des Granuloms, sie treten aber auch in tieferen Schichten der Wucherung auf; niemals fanden sie sich frei auf der Oberfläche des Granuloms, das dort überhaupt keine Mikroorganismen aufwies. In dem Geschwür aus der Kopfhaut fanden sich genau die nämlichen Gebilde wie in dem am Finger. Auch in einem schon früher beobachteten Granulom fand Verf. bei nachträglicher Untersuchung die gleichen Gebilde. Dagegen fanden sie sich nicht in einigen von anderen Fällen herrührenden Präparaten. Nach Verf. handelte es sich in diesen Fällen um in der Rückbildung begriffene Prozesse. — Was die Entstehung des Granuloma teleangiektodes anlangt, so ist es wahrscheinlich, daß Verletzungen die Eintrittspforte für den Erreger bilden.

R. L.

Viktor Ackermann: Ueber die Tuberkulose der Vorderarmknochen. (Dissertation, Freiburg i. Br. 1911.)

Der Arbeit liegen 17 eigene und 10 Fälle aus der Literatur zugrunde. Nach Alfer (Bruns Beitr., Bd. 8) tritt die Vorderarmtuberkulose in 5,2 pCt., nach Schmalfuss (Arch. f. klin. Chir., Bd. 35) in 2,1 pCt. aller Fälle von Knochentuberkulose auf, wobei nach dem letzteren Untersucher die Ulna in 1,4 pCt., der Radius in 0,7 pCt. von der Erkrankung befallen wird. Während am proximalen Ende fast ausschließlich das Olecranon bevorzugt wird, erkrankt am distalen Ende des Vorderarmes der Radius viel häufiger als die Ulna. Bei der Schafttuberkulose der Vorderarmknochen steht die Ulna an erster Stelle. Am Olecranon lokalisieren sich die Herde meist dicht unter dem Gelenkknorpel; oft ist gleichzeitig eine primäre Herderkrankung des distalen Humerusendes nachzuweisen (Embolie in die Knochenäste der Arteria profunda brachii). Am distalen Ende entwickeln sich die tuberkulösen Herde meist viel weiter vom Gelenkende, was im Gegensatz zum Olecranon eine viel seltenere Perforation in die Gelenkhöhle zur Folge hat. Charakteristisch für die Vorderarmtuberkulose ist die bei der Osteomyelitis tuberculosa auftretende Spina ventosa, die sich in ihrem pathologisch-anatomischen Bilde von der Spina ventosa der kurzen Röhrenknochen nicht unterscheidet. Die hierbei durch periostale Auftreibung oft bedingte spindelförmige Schwellung des Vorderarms stellt ein für die Vorderarmtuberkulose charakteristisches Symptom dar. Ebenso sind die spindelförmigen Auftreibungen des Hand- oder Ellenbogengelenks neben der Gelenktuberkulose auch für die Vorderarmtuberkulose typisch. Im Röntgenbild fallen bei der Diaphysentuberkulose die keulen- und spindelförmigen periostalen Auftreibungen der Knochen auf. Die im Vergleich zum Knochenschwund ganz unwesentliche Knochenneubildung, sowie die ausgesprochene Atrophie der umgebenden Knochenpartien erleichtert die Differentialdiagnose. Die Prognose der Vorderarmtuberkulose muß im allgemeinen als günstig gestellt werden, da die Herde, die relativ selten ins Gelenk perforieren, der Operation sehr leicht zugänglich sind und leicht mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden können. Resektion der Knochenenden kommt selten in Betracht, Amputation nur in Ausnahmefällen. Die Resultate der operativen Behandlung sind im Vergleich mit der konservativen Therapie sehr günstig.

F.

Primararzt Dr. **Karl Urban** (Linz): **Ueber Talmasche Operationen.** (Wiener med. Wochenschrift, 1912, No. 4 u. 5.)

Nach Verfassers mit der Talmaschen Operation gemachten Erfahrungen kann diese Operation gewisse durch Pfortaderstauung erzeugte Formen von Ascites dauernd beseitigen und ist die Ableitung des Pfortaderblutes auch einer weiteren Komplikation des Blutes aus der Speiseröhre und dem Magen-Darmkanal wirksam vorzubeugen imstande. Die Operation ist daher indiziert bei den verschiedenen Cirrhosen der Leber, sowohl bei der Hanotschen wie bei der Laënnecschen und deren Mischformen, ferner — wenn auch mit geringerem Erfolge — bei den kardialen und perikarditischen Pseudocirrhosen. Ueber die Bantische Krankheit fehlen Verf. persönliche Erfahrungen. Die besten Erfolge hat die Operation bei den primären Cirrhosen, so lange sie sich im hypertrophischen oder erst im beginnenden atrophischen Stadium befinden. Unter seinen acht Cirrhosen konnte Verf. in vier Fällen (50 pCt.) eine Heilung und in zwei Fällen (25 pCt.) eine merkliche, auf Jahre anhaltende Besserung erzielen.

Wenn man nun, sagt Verfasser, bedenkt, wie machtlos die interne Medizin der Lebercirrhose gegenüber ist, so bedeutet die Talmasche Operation einen gewaltigen Fortschritt auf diesem bisher so wenig dankbaren Gebiete der Therapie. Durch sorgfältige Auswahl der Fälle und frühzeitige Ueberweisung derselben an den Chirurgen, womöglich im präascitischen Stadium, mindestens aber, wenn der Ascites nach der ersten Punktion sich wieder einstellt oder Blutungen im Pfortadergebiete auftreten, könnten die Resultate gewiß noch gebessert werden.

Dr. **H. Wildbolz**, Privatdozent in Bern: **Soll die Nierentuberkulose chirurgisch behandelt werden?** (Korrespondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1911, No. 36.)

Seit der Erkenntnis, daß die Tuberkulose der Harnorgane nicht in der Blase ihren Anfang nimmt, wie früher vermutet wurde, sondern fast ausnahmslos in den Nieren, und zwar meist nicht gleichzeitig in beiden, sondern vorerst nur in einer derselben, seitdem ist die Therapie der Nierentuberkulose eine viel zielbewußtere und aussichtsvollere geworden. Daraus erwuchs nun auch dem Praktiker die verantwortungsvolle Pflicht, die Nierentuberkulose möglichst frühzeitig zu erkennen und die geeignete Therapie einzuleiten, bevor die Tuberkulose alle Teile des Urogenitalsystems ergriffen hat. Ueber die Therapie sind nun in den letzten Jahren so verschiedenartige Ansichten von scheinbar kompetenten Seiten geäußert worden, daß der Praktiker in der Wahl seiner therapeutischen Mittel bei Behandlung der Nierentuberkulose unsicher werden mußte. Durch gute, zum Teil unvermutet glänzende operative Erfolge glaubten sich die Chirurgen berechtigt, das Indikationsgebiet der Nephrektomie in der Therapie der einseitigen Nierentuberkulose immer weiter, bis auf die allerfrühesten Stadien der Krankheit auszudehnen. Demgegenüber wurden konservativer gesinnte Therapeuten nicht müde, immer und immer wieder über Erfolge interner Therapie zu berichten und im Hinblick auf diese zu fordern, daß nur die vorgeschrittenen Fälle einseitiger Nierentuberkulose, welche durch fortschreitende Kachexie, andauerndes Fieber, durch starke Schmerzen und reichliche Pyurie oder Hämaturie die Anzeige zur Operation geben, dem Chirurgen überwiesen werden sollen, die übrigen Nierentuberkulosen aber intern zu behandeln seien. Ein endgültiger Entscheid dieser Frage ist nur zu erhoffen durch einen Vergleich nicht der momentanen, sondern der endgültigen Erfolge der beiden Behandlungsweisen. Verf. verschaffte sich nun ein vollwertiges Vergleichsmaterial konservativer Heilerfolge gegenüber den Resultaen operativer Therapie. Ein Ueberblick über die Resultate der konservativen Therapie bei Nierentuberkulose ergibt deutlich, daß diese letztere bis jetzt ziemlich Fiasko gemacht hat, in ihren Erfolgen längst nicht heranreicht an die leider auch noch nicht idealen der

operativen Therapie. Auf der einen Seite sehen wir unter konservativer Behandlung eine Mortalität von ca. 60 pCt. innerhalb der ersten fünf Jahre der Krankheit und daneben nur ganz vereinzelte scheinbare Heilungen, auf der anderen Seite unter operativer Behandlung eine Mortalität von 20—25 pCt., daneben aber Dauerheilungen von 50—60 pCt. Ein objektiver Urteiler muß darin unbedingt die Forderung erkennen, die operablen Fälle einseitiger Nierentuberkulose chirurgisch, d. h. durch die Nephrektomie, zu behandeln, und zwar muß diese Forderung auch schon für die frühesten Stadien der Krankheit gelten. Kr.

Paul Klemm: Ueber chronisch anfallfreie Appendicitis und ihre Beziehungen zur Typhlatonie, Coecum mobile und verwandten Zuständen. (Archiv f. klin. Chirurgie, Bd. 95, H. 3.)

In einer Reihe von Fällen, welche unter dem klinischen Bilde der Appendicitis chronica verlaufen, hilft die Appendektomie allein nicht mehr, die Beschwerden persistieren. Der Grund dafür liegt nach Klemms Erfahrungen in einer „ektatischen Atonie" des Coecum, in welchem sich der Inhalt staut und zu Colonkatarrh führt. Die Ursache der Atonie ist in der Behinderung des freien Sekretabflusses aus der Appendix in das Coecum zu suchen. Es kommt dadurch zu leichten entzündlichen Schüben, welche als solche keine hinfälligen klinischen Symptome machen. Diese sind die Ursache der Veränderungen auf der Coecalserosa, welche Verf. als Typhlitis pannosa bezeichnet. Sie führen in weiterer Folge zu einer muskulären Insuffizienz der Darmwand und damit zur ektatischen Atonie und ihren Folgezuständen. Was die Therapie anlangt, so hält Verf. eine Fixation des Coecum nicht für genügend, weil das Coecum mobile als Krankheitsbild noch nicht hinreichend motiviert ist. Eine wirksame Bekämpfung der Kotstauung kann nur durch Ausschaltung oder Verkleinerung des Coecum durch Coecoplicatio erzielt werden.

Adler (Berlin-Pankow).

Dr. **A. Pinkuss** (Berlin): **Weitere Erfahrungen über serologische Diagnostik, Verlauf und Behandlung des Carcinoms.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 2 u. 3.)

Verf. berichtet über Untersuchungen, welche einerseits die Diagnose von Kreberkrankungen mittels moderner biochemischer Methoden betrafen, andererseits auch die therapeutische Beeinflussung von Cacinomen auf biochemischem Wege zum Gegenstand hatten. Seine Ergebnisse sind folgende: Keine der bisher zur Verfügung stehenden serologischen Untersuchungsmethoden ermöglicht ohne gewisse Einschränkungen die Diagnose des Carcinoms. Die Antitrypsinreaktion nach Brieger-Markus-Trebing gewährt in demselben Maße wie die Meiostagminreaktion nur unter Berücksichtigung des klinischen Bildes eine gewisse Unterstützung für die Diagnose des Krebses. Die ständige Kontrolle der Antitrypsinreaktion ist für die Prognose nach radikalen Krebsoperationen bezw. für die rechtzeitige Vornahme von Rezidivoperationen von großer Bedeutung. Rezidivoperationen sind nach des Verfassers Erfahrungen nur dann zweckmäßig, wenn es sich um im primären Operationsgebiet aufgetretene Rezidive handelt; bei vom primären Ort weiter entfernt aufgetretenen Metastasen soll man im allgemeinen von operativen Maßnahmen absehen. Die Schwangerschaft übt einen besonders ungünstigen Einfluß auf die carcinomatösen Erkrankungen der Generationsorgane aus. Eine Radikalheilung des Carcinoms verspricht allein dessen rechtzeitig vorgenommene operative Entfernung. Nichtoperative Heilversuche dürfen nur bei inoperablen Krebserkrankungen gemacht werden. Im Gegensatz zu den günstigen Resultaten der experimentellen Forschung bei Tieren hat die Behandlung mit der aktiven Immunisierungsmethode (mittels aus den eigenen Krebszellen hergestellter Autovaccine) beim Menschen bis jetzt nur negative Resultate ergeben. Auch andere in Tierversuchen erfolgreiche Behandlungsmethoden, wie die mit Pyocyanase, Adrenalin, haben versagt, desgleichen die Anwendung von Thymusextrakt und Antituman. R. L.

Gynäkologie.

Privatdozent Dr. **G. Schickele** (Straßburg i. E.): **Die Erfolge der Alexander-Adamsschen Operation.** (Berliner klin. Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Die vorliegende Arbeit ist eine Beantwortung der von Dührssen in No. 45 der „Berl. klin. Wochenschr.", 1911, aufgeworfenen Frage: „Ist heutzutage die Alexander-Adamssche Operation noch berechtigt?" Die Leistungsfähigkeit einer Operation, sagt Verf., kann beurteilt werden aus dem Vergleich zwischen den Anforderungen, die an diese Operation gestellt werden, und ihren tatsächlichen Ergebnissen. Eine möglichst klare Abgrenzung des Anwendungsgebietes ist also die Vorbedingung, um über den Wert einer Operation zu diskutieren. Trotzdem bei der Alexander-Adamsschen Operation diese Vorbedingung erfüllt ist, sind manche Gynäkologen über diese Operation nicht einig; so kommt es, daß neben jenen, die diesen Eingriff oft und gern ausführen, solche stehen, die ihn grundsätzlich ablehnen. Verf. glaubt, daß dies z. T. daran liegt, daß von der Alexander-Adamsschen Operation verlangt wird, was sie nicht leisten kann. Sie ist eben von vornherein für die mobile Retroflexio uteri gedacht, wo die Ringbehandlung erfolglos war oder aus praktischen Gründen abgelehnt wird. Damit sind grundsätzlich Fälle ausgeschlossen, in denen entzündliche Veränderungen im Bereiche der Adnexe oder des Beckenbauchfells vorhanden und nachweisbar sind. In zweiter Linie kommt diese Operation als Hilfsoperation in Betracht bei Vorfall der Scheidenwände, wenn es gilt, den ebenfalls descendierten Uterus zu fixieren. In der Straßburger Frauenklinik wurde im Laufe der letzten 10 Jahre in 350 Fällen die Verkürzung der Ligamenta rotunda nach Alexander-Adams ausgeführt. Nach den in der Straßburger Klinik gemachten Erfahrungen kann diese Operation den an sie gestellten Anforderungen vollständig gerecht werden. Es liegt demnach, entgegen den Ausführungen von Dührssen, kein Grund vor, nach einer Ersatzoperation zu suchen. Dührssen empfindet das Bedürfnis, diese einfache Operation durch eine weniger einfache Laparotomie zu ersetzen. Es dünkt mich, sagt Verf., von vornherein unrichtig, die Alexander-Adamssche und die Dührssensche Operation miteinander zu vergleichen! Die beiden Eingriffe sind verschieden in ihrer Wertigkeit, in ihrer Indikationsstellung und demgemäß auch in ihrer Leistungsfähigkeit: in ihrer Wertigkeit, weil die einfache Verkürzung der Lig. rotunda einer Eröffnung des Abdomens gegenübergestellt wird, die übrigens nicht gerade den einfachsten Weg einschlägt; in ihrer Indikationsstellung, da bei der Eröffnung des Abdomens nach Dührssen ausgedehnte Operationen im Bereiche des Uterus und der Adnexe ausgeführt werden können; daraus geht die erhöhte Leistungsfähigkeit der Dührssenschen Operation hervor. Das kann die Alexander-Adamssche Operation nicht bieten; es wird aber auch niemand etwas Aehnliches von ihr verlangen. Dührssen vergleicht also zwei ganz verschiedene Eingriffe miteinander, von denen überdies der kleinere sich glänzend bewährt hat, während der größere, erst erfunden, durch eine zweifelhafte Lebensdauer charakterisiert ist. Dührssen sieht in seinem Verfahren zwei Vorteile vor der Alexander-Adamsschen Operation: „1. Der Inguinalkanal mit seinen Nerven, seinem Gefäß und seinem Muskelapparat bleibt intakt." Darauf kann man nach S. entsprechend antworten, daß es bei der Alexander-Adamsschen Operation der Dührssenschen gegenüber ein Vorteil ist, daß die vordere Bauchwand mit Muskulatur und Peritoneum intakt bleibt. Der zweite Vorteil seiner Operation soll nach Dührssen darin bestehen, daß die Verkürzung der Ligamente von vornherein näher am Uterus einsetzt und außerdem nur den dicksten Teil der Bänder benutzt. Um den Uterus in dauernde Anteflexio zu bringen, ist dies aber gar nicht notwendig. Das kann man viel einfacher haben wie Verfassers Erfolge bei der unkomplizierten Retroflexio mobilis zeigen. Den Hauptmangel der Alexander-Adamsschen Operation erblickt Dührssen darin, daß „sie die so häufigen Komplikationen der Retroflexio bezw. Kombinationen derselben mit anderen gynäkologischen Erkrankungen und der Appendicitis nicht zu beseitigen vermag". Erstere Komplikationen der Retroflexio — die wohl nicht zu übersehen sind — fallen nicht in den Bereich der Alexander-Adamsschen Operation! Kleinere entzündliche Veränderungen verschlechtern die Resultate nicht wesentlich. Verf. weist auf die kleine Zahl seiner Rezidive hin. Das Hauptargument Dührssens fällt also hinweg, ebenso die Berufung auf die Appendicitis. Von Verfassers nachuntersuchten Fällen hat noch keiner bis jetzt Symptome einer solchen Erkrankung gezeigt; wenn wir aber, sagt Verf., unsere gynäkologischen Eingriffe immer nur nach der Parole Appendicitis richten sollen, dann kommen wir zu guter Letzt dazu, auch die Technik der Ausschabung zu modifizieren.

Verf. beantwortet also die von Dührssen gestellte Frage mit einem entschiedenen „Ja". Kr.

Ophthalmologie.

Priv.-Doz. Dr. **C. Adam** (Berlin): **Ueber Entstehung und Behandlung des Schielens.** (Medizinische Klinik, 1911, No. 51.)

Verf. erörtert die Aetiologie des Strabismus concomitans. Der Unterschied zwischen paralytischem und concomitierendem Strabismus besteht darin, daß der erstere auf einer Lähmung eines oder mehrerer Augenmuskeln und der dadurch bedingten teilweisen Gebrauchsunfähigkeit des Auges beruht, während im zweiten Fall die Beweglichkeit der Augen in allen Richtungen normal, nur die gegenseitige Stellung der Augen zueinander eine vom Normalen abweichende ist. Im ersten Falle werden fast regelmäßig, in letzterem nur ausnahmsweise Doppelbilder beobachtet.

Verf. gelangt zu folgenden Schlußsätzen:

1. Die bei ¾ aller Menschen vorhandene durch Inkongruenz der anatomischen Verhältnisse der beiden Orbitae bedingte „anatomische Schielstellung“ wird durch den Fusionszwang latent gehalten.

2. Fällt der Fusionszwang fort, so treten die Augen, besonders wenn eines schlechter als das andere sieht, in ihre anatomische Ruhelage ein, die in ¾ aller Fälle eine Schielstellung ist.

3. Sekundär treten dann zur Vermeidung von Doppelbildern weitere Störungen auf: Exklusion des Schielaugenbildes, Amblyopie des Schielauges und anomale Lokalisation (in ca. ⅔ aller Fälle).

4. Erst nach Beseitigung dieser sekundären Störungen kann an eine Beeinflussung der Schielstellung durch Fusionsübungen gedacht werden.

5. Das einzige Mittel zur Aenderung des anomalen Lokalisationsverhältnisses ist die Schieloperation, welche in fast allen Fällen die Aenderung herbeiführt. Die Operation hat also einen doppelten Zweck, erstens die Korrektion der Schielstellung und zweitens die Aenderung der anomalen Lokalisationsweise.

6. Die mangelhafte Sehschärfe auf dem Schielauge kann durch Uebungen meist sehr erheblich gebessert werden. Diese werden am besten mit Hilfe von Brillen vorgenommen, die das Hauptauge sicher vom Sehakt ausschließen und dem Schielauge das (objektiv bestimmte) Korrektionsglas bieten.

7. Nach Aenderung des Lokalisationsverhältnisses und Besserung des Sehvermögens wird durch stereoskopische usw. Uebungen in ca. 80 pCt. ein binokulares Einfachsehen mit Fusionsmöglichkeit erzielt und damit eine Garantie für den kosmetischen Effekt der Schieloperation geboten. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **H. Werner**, Abteilungsvorsteher am Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg: **Erfahrungen mit dem Insipin, einem fast völlig geschmacklosen Chininpräparat, bei Malaria.** (Archiv für Schiffs- und Tropenhygiene, Bd. 16, Beiheft 1.)

Ein neues, geschmackloses Chininderivat, das Sulfat des Chinindiglykolsäureesters, wird unter dem Namen Insipin in den Handel gebracht. Infolge seiner minimalen Löslichkeit in Wasser ist es nahezu völlig geschmacklos. Es enthält annähernd die gleiche Chininmenge wie das Chininsulfat (72,2 gegenüber 72,8 pCt.). Der Verf. stellte bei der Anwendung des Insipins bei Malariakranken die ausgesprochen antiparasitäre Wirkung desselben fest. Schon Gaben von $6 \times 0{,}2$ g pro Tag ließen meist nach 2—3 Tagen die ungeschlechtlichen Parasiten aus dem Blute verschwinden. Seiner stark antiparasitären Wirkung und seiner Geschmackfreiheit wegen dürfte das Präparat besonders in der Kinderpraxis vor den bisher benutzten Mitteln den Vorzug verdienen. —ö—

Dr. **J. Allert: Uzara, ein neues, organotropes Antidiarrhoicum.** (Aerztl. Central-Ztg., 1911, No. 48.)

Dr. **Eug. Faust: Bericht über Erfahrungen mit „Uzara“ bei Amöbendysenterie.** (Bericht der Uzara-Gesellschaft.)

Uzara ist ein aus einer afrikanischen Asklepiadacee hergestelltes Medikament, das als Antidiarrhoicum sich ausgezeichnet bewährt hat und nach seinen pharmakodynamischen Eigenschaften, die experimentell und klinisch festgestellt wurden, geeignet ist, dem Laudanum, welches bis jetzt allein als antidiarrhoisches Mittel das Feld behauptete, seine Stellung in dieser Hinsicht streitig zu machen. Das im Handel vorkommende Präparat „Liquor Uzara“ ist eine zweiprozentige Lösung der wirksamen Substanzen und stellt eine lichtbraune Flüssigkeit von aromatischem Geruch und bitterem Geschmack dar. Diese Lösung hält sich, wie es scheint, unbegrenzt und wird in Tropfenform verwendet. Außerdem werden Tabletten — enthaltend 0,005 der wirksamen Substanz und Suppositorien, die je nach der Stärke 0,005—0,01 derselben enthalten — in Anwendung gebracht. Die getrocknete Droge bildet etwa 2½ cm dicke, walzenförmige, harte, bis 15 cm lange Wurzelstöcke von gelbgrauer Farbe, sehr bitterem Geschmack und aromatischem Geruch. Die Wurzel enthält 15 pCt. Wasser, 20 pCt. Stärke, Dextrin und Zucker, 25 pCt. Extraktivstoffe, 14 pCt. Asche und 25 pCt. Cellulose. Trotz der, wenn auch geringen, narkotischen Wirkung der Uzara wurden Alkaloide in der Droge nicht vorgefunden, wohl aber gelang es, durch Extraktion mit Chloroform aus der wässerigen Lösung drei kristallisierte Substanzen darzustellen, die die wirksamen Bestandteile enthielten. Eine dieser Substanzen spaltet beim Kochen mit Säure Zucker ab und ist als Glykosid aufzufassen. Die Natur der zwei anderen konnte noch nicht mit Bestimmtheit festgestellt werden.

Die große Bedeutung dieses Mittels, dessen Vorteile vor dem Opium unbestritten sind, liegt in seiner Wirkungsweise und in der Art, wie es die Muskulatur und die Nerven des Intestinaltraktes beeinflußt. In dieser Hinsicht unterscheidet es sich prinzipiell von dem Opium, das bis jetzt als Antidiarrhoicum und als zur Behebung von Kolikschmerzen und Enteralgien aller Art konkurrenzlos dastand. Während dieses aber durch vorübergehende Parese der irritierten Nerven und Erschlaffung der kontrahierten Muskelfasern wirkt, übt die Uzara ihren Einfluß in entgegengesetztem Sinne, und zwar in der Weise aus, daß sie die hemmenden Fasern des Darmes, welche im Splanchnicus verlaufen, erregt, dadurch die Kontraktion des Darmes behebt und zugleich die Kolikschmerzen beseitigt. Dort also eine paralysierende, hier eine erregende, eine tonisierende Wirkung. Insofern als jede tonisierende Beeinflussung eines Organes biologisch wertvoller ist, als die paralysierende, steht die Uzara pharmakodynamisch sozusagen auf einer höheren Stufe als das Opium, nicht zu sprechen davon, daß letzteres ein Narkoticum von eminent toxischer Wirkung darstellt, während die Uzara, unter der Voraussetzung, daß es intern und nicht intravenös appliziert wird, selbst in größeren Dosen nicht schädlich wirkt und selbst Kindern gefahrlos verabreicht werden darf.

Die unangenehm erschlaffende Wirkung jedes Narkoticums, die Hemmung der motorischen und geistigen Kapazitäten nach Einverleibung eines solchen entfallen vollständig bei Anwendung der Uzara, im Gegenteil äußert sich ihre tonisierende Wirkung in der Belebung des ganzen Organismus und in einer subjektiven Empfindung der Frische und des Wohlbehagens, das die Patienten nach Gebrauch dieses Mittels übereinstimmend angeben.

Von hervorragender Bedeutung ist die deletäre Wirkung der Uzara auf amöboide Zellen, die selbst in stark verdünnten Lösungen gelähmt und abgetötet werden. Dieser experimentell erhobene Befund steht in Einklang mit der klinisch festgestellten Tatsache der außerordentlich günstigen Beeinflussung der Amöben-Dysenterie durch dieses Mittel, was von Dr. Faust, einem Stationsarzte am Neufeldeschen Wüstenlager in Assuan bei zahlreichen Patienten festgestellt wurde. Die zumeist schweren, mit profusen Darmblutungen einhergehenden Krankheitsfälle von Tropendysenterie heilten prompt nach Darreichung des Mittels binnen 3—4 Tagen.

Allerts Erfahrungen stützen sich auf eine Reihe mehr oder weniger schwerer Diarrhöen, die aus verschiedenen Ursachen, und zwar sowohl durch Diätfehler, als auch durch Erkältungen verursacht wurden. Er empfiehlt Uzara als ein zuverlässiges, rasch wirkendes, dabei vollkommen unschädliches Mittel. Durch Zufall kam er auf ein neues Indikationsgebiet der Uzara, nämlich auf jene Enteralgien bei alten Leuten, die mit Arteriosklerose der Bauchgefäße in Zusammenhang gebracht werden müssen. Uzara ist hier ein promptes Coupierungsmittel bei Darmkoliken. Auch bei Magen- und Darmschmerzen nervösen Ursprunges, wie sie bei Neurasthenikern und Hysterischen ohne organische Ursache häufig auftreten und funktionell ausgelöst werden, leistet Uzara gute Dienste.

Ferner liegen über Uzara Berichte von Geh. Medizinalrat Dr. Lambert in Melsungen, von Hofrat Dr. H. Diedlen in Neuendettelsau (Bayern), San.-Rat Dr. Baruch in Paderborn und von anderen vor, die einstimmig Uzara als eine wertvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes bezeichnen. Kr.

Dr. **Otto Sachs** (Wien): **Zur Anwendung des Urotropins (Hexamethylentetramin) in der Dermatologie.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Das von Arthur Nicolaier im Jahre 1894 in die Therapie eingeführte Urotropin wurde ursprünglich nur als Harnantisepticum in ausgedehnter und erfolgreicher Weise angewendet. In den späteren Jahren wurde das Urotropin auch als Prophylakticum bei chirurgischen Eingriffen am Harnapparate, sowie bei Behandlung der akuten Infektionen der Gallenwege und des Abdominaltyphus gleichfalls mit günstigem Erfolge verabreicht. Aus Untersuchungen der letzten Jahre von Crowe, Cushing u. a. ergab sich, daß sich Urotropin nach Verabreichung in den gebräuchlichen Dosen im Liquor cerebrospinalis nachweisen läßt und daß es hier deutlich baktericide Eigenschaften entfaltet. Der Nachweis, daß das Urotropin in die Cerebrospinalflüssigkeit übergeht, führte zur Anwendung des Mittels bei Poliomyelitis. Versuche an Affen zeigten, daß die innere Urotropindarreichung in einer Anzahl von Fällen die experimentelle Poliomyelitisimpfung unwirksam macht, in anderen Fällen die Inkubationszeit wesentlich verlängert. Nach Rowells Mitteilung trat in einem mit Hexamethylentetramin behandelten Falle von Erysipel und Meningitis Heilung ein, wobei jedoch die Meningitis rascher abheilte als das Erysipel.

Barton wies nach, daß Urotropin, innerlich genommen, im Eiter des Mittelohrs ausgeschieden wird und die Eiter-

sekretion zum Versiegen bringt. Brown erzielte mit Urotropin, innerlich genommen, bei Nebenhöhlen- und Mittelohreiterung rasche Heilung. Gegen Coryza empfiehlt Miller das Urotropin geradezu als Heilmittel. Verf. eigene Untersuchungen haben zu folgenden Resultaten geführt: Bei interner Darreichung von Urotropin (4,0 bis 6.0 pro die) bei Patienten mit Herpes zoster (10 Fälle) oder Erythema exsudativum multiforme et bullosum (5 Fälle) konnte er im Bläscheninhalte, ferner bei Impetigo contagiosa (2 Fälle) in den Krusten das Abspaltungsprodukt des Urotropins, das Formaldehyd, chemisch nachweisen. Die zweite von S. konstatierte Tatsache besteht darin, daß einige Tage nach Urotropingebrauch die Effloreszenzen des Herpes zoster und Erythema exsudativum multiforme den zum Krankheitsbilde gehörigen entzündlichen Hof stärker akzentuiert zeigten als es dem sonstigen Verlaufe entsprechen würde. Der positive Nachweis von Formaldehyd im Bläscheninhalt der genannten Dermatosen beweist, daß sich das Abspaltungsprodukt des Urotropins nicht nur im Liquor cerebrospinalis, sondern auch im Blutserum, in dessen Ex- und Transsudaten nachweisen läßt. Daraus kann man sich auch ungezwungen die zweite von S. beobachtete Tatsache, die stärker akzentuierte Entzündungsröte um die einzelnen Effloreszenzen nach Urotropingebrauch, erklären. Die Verstärkung der entzündlichen Rötung ist wahrscheinlich durch den chemischen Reiz des abgespaltenen Formaldehyds auf das entzündlich veränderte Gewebe bedingt.

Es lag nun Verf. der Gedanke nahe, diese von ihm gewonnenen Resultate auch praktisch zu verwerten. Die von ihm mit Urotropin behandelten zehn Fälle von Herpes zoster und fünf Fälle von Erythema exsudativum multiforme et bullosum berechtigen infolge ihrer kurzen Beobachtungsdauer zurzeit noch nicht eine Beantwortung der Frage, ob man durch diese Medikation den Krankheitsverlauf dieser Dermatosen im Sinne einer Abkürzung seiner Dauer oder einer Abschwächung seiner Intensität beeinflussen kann. Die Möglichkeit einer solchen therapeutischen Beeinflussung muß auf Grund der von S. erhobenen biologischen Tatsachen sowie der bisherigen Erfahrungen bei Meningitis, Ohreiterungen usw. aber ohne weiteres zugegeben werden. Es ergibt sich also aus Verf. Untersuchungen ein ziemlich großes Feld für die therapeutische Anwendung des Urotropins: nicht nur für den Herpes zoster und das Erythema exsudativum multiforme et bullosum, sondern vielleicht für eine große Reihe von mit Bläschenbildung einhergehenden Dermatosen, wie z. B. Impetigo contagiosa Impetigo herpetiformis, Pemphigus neonatorum et vulgaris, Varicellen und Variola.

Kr.

Prof. Dr. **Magnus Möller** (Stockholm): **Salvarsan.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Verf. berichtet über seine während eines Jahres (von August 1910 bis Juli 1911) bei 156 ausschließlich mit Salvarsan behandelten Fällen von Syphilis gemachten Erfahrungen. Hiervon wurden 24 Fälle subkutan (oder zuerst subkutan und dann intravenös), 132 ausschließlich intravenös behandelt. Im ganzen wurden 341 Einspritzungen vorgenommen. Die subkutanen Injektionen wurden in der Regel nach Wechselmann mit neutraler Emulsion vorgenommen. Die Beobachtungen des Verf. hinsichtlich der lokalen Wirkung der subkutanen Injektionen decken sich im wesentlichen mit denen der übrigen Beobachter. Nach den intravenösen Injektionen trat bei den meisten Patienten eine Temperatursteigerung zuweilen bis zu 39—40 ° ein. Bei der wiederholten Injektion blieben die Temperatursteigerungen aus oder waren weit weniger ausgesprochen. Ein großer Teil der Patienten hatte ungefähr gleichzeitig Kopfschmerzen, Uebelkeit, Erbrechen oder Diarrhoe. Bis in die allerletzte Zeit wurde nur gewöhnliches destilliertes Wasser zur Bereitung der Lösung verwendet. Da sich bald zeigte, daß die Symptome durch eine einzige subkutane oder intravenösen Injektion nicht genügend beeinflußt wurden, oder bald Rezidive auftraten, wurden später die Injektionen wiederholt, und zwar die subkutanen nach durchschnittlich zwei Monaten, die intravenösen zunächst nach 2—3 Wochen, später in Intervallen von 1—2 Monaten. Die Einzeldosis lag zwischen 0,35 und 0,70 für Erwachsene. Was die sofortige Wirkung auf die Symptome anlangt, so übertrifft das Salvarsan hinsichtlich der Schnelligkeit der Wirkung bei Lues I und II die löslichen und unlöslichen Hg-Salze; bei Lues tertiana entspricht die Wirkung etwa dem Jodkalium. Verf. bespricht nun ausführlicher die drei erstbehandelten Fälle, von denen zwei bei 4—6 Injektionen auffallend viel Rezidive hatten (infolge zu großer Intervalle zwischen den einzelnen Injektionen). Dann stellt er seine übrigen Resultate in einigen Tabellen zusammen. Von 119 Fällen von Primär- und Sekundärlues, die 1—12 Monate verfolgt wurden, wurden bei 17 Rezidive beobachtet; je länger die Fälle verfolgt werden konnten, um so größer ist die relative Anzahl der Rezidive. Was die Wassermannsche Reaktion anlangt, so blieben von den 107 Fällen von Lues I und II, die im Anfang der Behandlung positiv waren, 74 während der Observationszeit positiv, 32 wurden negativ, die Mehrzahl davon, 17, im zweiten Monat. In demselben Maße, wie die Injektionen intravenös und in kürzeren Intervallen gegeben wurden, vermehrte sich die Zahl der Fälle, in denen positive W. R. in negative überging. Also je intensiver die Salvarsanbehandlung gehandhabt wird, um so besser werden die Resultate. In einigen Fällen von Syphilis maligna praecox war die Salvarsanwirkung außerordentlich schnell und wohltuend. Einer dieser Patienten, der in 4 Monaten 5 Injektionen zu 0,40 g intravenös erhielt, nahm dabei von 60 auf 77,5 kg an Gewicht zu. — In vier Fällen wurde das von Schindler angegebene Salvarsanpräparat „Joha“ angewendet. Die lokalen Beschwerden waren geringer als bei subkutanen und intramuskulären Injektionen nach Wechselmann und Duhot, aber doch so hervortretend, daß Verf. zu den intravenösen Injektionen zurückkehrte. Verf. sah auch bei den mit Salvarsan Behandelten einige Neurorezidive, über die er später genauere Mitteilungen machen will. Verf. hat vorläufig, um über die Salvarsanwirkung zu einem sicheren Urteil zu gelangen, von einer Kombination mit der Hg-Behandlung grundsätzlich Abstand genommen.

Jul. Iversen (St. Petersburg): **Zur Therapie der Wirkung des Salvarsans und Arsenophenylglyzin.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)

Verf. gab versuchsweise bei 10 Fällen von Febris recurrens Arsenophenylglyzin (0,5 in 5—8 ccm Wasser), intramuskulär in die Glutäen, zwei Tage hintereinander, so daß jeder Kranke 1 g von dem Mittel erhielt. Es zeigte sich keine Wirkung auf die Krankheit; die Spirochäten verschwanden nicht aus dem Blut. Der Arsengehalt des Arsenophenylglyzins beträgt 28.3 pCt., der des Salvarsans 31.5 pCt.; der Unterschied ist also unerheblich. Verf. schließt daraus, daß die günstige Wirkung des Salvarsans bei Rekurrens nicht etwa auf den Arsengehalt allein zurückzuführen ist, sondern daß die ganze Zusammensetzung der Verbindung für die therapeutische Wirkung von Bedeutung ist. Beim Arsenophenylglyzin dagegen fehlt augenscheinlich die Gruppenaffinität für die Spirochäten; daher kommt es zu keiner spirochätentötenden Wirkung trotz des fast gleichen Arsengehalts.

Dr. **Hans Ritter** (Kiel): **Ueber die Verweildauer des Arsens im tierischen Organismus nach intravenöser Einspritzung von Salvarsan.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Verf. stellte Versuche an Kaninchen an, um die Frage zu entscheiden, wie lange das Arsen nach intravenöser Einverleibung von Salvarsan im tierischen Organismus zurückgehalten wird und ob bei wiederholter Einspritzung eine Kumulation des Arsens eintritt. Es wurden Kaninchen mit Salvarsan gespritzt, und zwar eine Reihe 1 mal, eine andere 2 mal, eine andere 3 mal. Die Wiederholungen der Injektionen geschahen teils erst dann, wenn nach einmaliger Injektion im Urin kein Arsen mehr nachgewiesen war, nach etwa 40 Tagen, teils schon nach 8 und 14 Tagen. Injiziert wurde jedesmal 0,01 Salvarsan pro Kilogr. Körpergewicht. Nach bestimmter Zeit wurden die Tiere getötet und die Organe auf Arsen untersucht. Es ergab sich bei den Versuchen mit einmaliger Injektion, daß 30 Tage nach der Injektion noch Arsen in der Leber vorhanden war, während nach 60 Tagen jede Spur fehlte. Die Leber ist das Hauptdepot für Arsen, sie hält dieses weit länger als die anderen Organe fest. Die zweite Versuchsreihe, bei der 40 Tage nach der ersten die zweite Injektion erfolgte, zeigte, daß bei zweimaliger Einspritzung die Grenze des Nachweises von Arsen von 30 Tagen auf 60 Tage hinaufgerückt ist, also eine wesentliche Retentionssteigerung nach einer einmaligen Wiederholung der Einspritzung. Die Versuchsreihen mit kürzeren Intervallen zwischen den Injektionen ergaben ebenfalls Kumulation. Nach 2 maliger Injektion im Abstand von 8 Tagen war der letzte Rest Arsen noch nach 70 Tagen in der Leber nachweisbar, und nach 3 maliger Injektion in Abständen von 8 Tagen ist die Grenze sogar bis auf 100 Tage hinausgeschoben.

Dr. **Gustav Stümpke** (Hannover): **Salvarsan und Fieber.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Nach Wechselmann sollen alle unangenehmen Begleiterscheinungen, die nach intravenösen Salvarsaninfusionen auftreten, wie Fieber, Erbrechen, Kopfschmerzen, auf Verunreinigung des zur Herstellung der Lösung verwendeten destillierten Wassers mit bakteriellen Stoffen beruhen. Verf. stellte an Patienten Untersuchungen an, deren Ergebnisse mit dieser Ansicht Wechselmanns nicht ganz in Einklang zu bringen sind. Es fand sich folgendes: Intravenöse Infusionen mit einwandfrei hergerichteter Aqua destillata, ohne jede medikamentöse Beimischung, haben nur äußerst selten nennenswerte Temperaturerhöhungen zur Folge. Dagegen rufen intravenöse Injektionen von Salvarsan, in der gleichen Menge ebensolchen destillierten Wassers gelöst, sehr häufig

Temperatursteigerungen hervor. Es ist daher das nach Salvarsaninjektionen oft zu beobachtende Fieber, vorausgesetzt, daß wirklich mit völlig einwandfreier Aq. destill. gearbeitet wurde, nicht auf Verunreinigungen der letzteren zu beziehen, sondern mit dem Salvarsan in irgendeinen Zusammenhang zu bringen. Und zwar ist dieses Fieber in Anbetracht der Tatsache, daß die zweiten und späteren Salvarsaninjektionen bei weitem nicht so oft Temperaturerhöhungen bedingen wie die ersten, wahrscheinlich als Endotoxinfieber und nicht als medikamentöses Fieber aufzufassen. Intravenöse Injektionen von reinen sterilen Kochsalzlösungen, und zwar auch in der Menge von 250 ccm, rufen auch ohne Medikament Temperatursteigerungen hervor. Von diesem Gesichtspunkte aus ist bei der Herstellung der Salvarsanlösung der Aqua destillata der Vorzug vor den Kochsalzlösungen zu geben. Verf. empfiehlt natürlich auch, frisch destilliertes Wasser zu der Bereitung der Lösungen zu verwenden, weil sicher ein Teil der nach Salvarsaninjektionen auftretenden Fieberreaktionen in nicht genügender Reinheit des verwendeten destillierten Wassers ihre Ursache hat.

Prof. Dr. **Aug. Hoffmann** (Düsseldorf): **Tödliche Hemiplegie nach Salvarsaneinspritzung bei Gumma des Rückenmarks.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Es handelt sich im vorliegenden Falle um einen 42jährigen Mann, der vor 5½ Jahren sich luetisch infiziert hatte und nunmehr wegen einer spinalen Hemiplegie in die Klinik aufgenommen wurde. Die klinischen Erscheinungen machten es wahrscheinlich, daß es sich um eine gummöse Geschwulst im mittleren oder unteren Brustmark handelte. Da trotz mehrfacher Behandlung mit Hg und Jod immer wieder Rezidive aufgetreten waren, wurde eine intravenöse Salvarsaninjektion (0,6 g in der üblichen Weise in 300 ccm Lösungsflüssigkeit) gemacht. Kontraindikationen waren klinisch nicht vorhanden. Im Anschluß an die Injektion trat Schüttelfrost und innerhalb der nächsten 12 Stunden eine linksseitig zu lokalisierende Hemiplegie auf. Unter zunehmenden Schwächeerscheinungen des Herzens mit ansteigendem Fieber erfolgte am 9. Tage nach der Injektion der tödliche Ausgang. Die Obduktion ergab einen frischen Erweichungsherd in der rechten Capsula interna und ihrer Umgebung, beträchtliche Sklerose der Art. basilaris und ihrer Aeste, braun atrophisches Herz und braun atrophische Leber, geringe Sklerose der absteigenden Aorta, mäßige Stauung im Magen, Dünndarm, beiden Nieren. Stauungsmilz, Hypostase und Oedem beider Lungenunterlappen. Gumma im Dorsalteil des Rückenmarks, mit Degeneration der Hinterstränge oberhalb und Degeneration der Seitenstränge unterhalb desselben, chronische luetische Leptomeningitis. Wassermannsche Reaktion im Leichenblut schwach positiv. Der Erweichungsherd verdankte einer Gefäßverstopfung seine Entstehung, auf Grund einer luetischen Arteriitis. Verf. nimmt an, daß eine in den Intimaauflagerungen infolge der Salvarsaninjektion entstehende Reaktion das schon verengte Lumen der Arterien für die Ernährung des zugehörigen Hirnteils völlig insuffizient machte und damit die schweren cerebralen Erscheinungen hervorrief. Es lagen also okkulte Veränderungen in den Hirnarterien, welche klinisch keine deutlichen Erscheinungen gemacht hatten, dem tödlichen Ausgang zugrunde. Der Fall warnt nach Verf. davor, wenn luetische Veränderungen in den Gehirngefäßen auch nur vermutet werden können, mit größeren Dosen Salvarsan zu behandeln. In solchen Fällen ist eine kombinierte Hg-Salvarsankur mit kleinen Dosen Salvarsan vorzuziehen.

Dr. **Georg Becker** (Plauen): **Zur Behandlung des Milzbrandes.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Auf Grund der ausgedehnten in Hamburg-Eppendorf gemachten Erfahrungen tritt Verf. ebenso wie v. Bramann u. a. entschieden für die konservative Behandlung des Milzbrandes ein. Auch im Eppendorfer Krankenhause war früher eine sehr aktive chirurgische Behandlung des Milzbrandes üblich; aber die Erfolge waren wenig günstig; oft wurde gerade nach dem Eingriff eine akute Verschlimmerung, manchmal eine rasch tödlich endigende Blutinfektion beobachtet. Dagegen sind die Ergebnisse der konservativen Behandlung sehr günstig. Die jetzt geübte Behandlung besteht in strenger Bettruhe, Bedeckung der Pustel mit einem Alkoholverband, der sich besonders durch seine Tiefenwirkung und die Beschleunigung der zentralen Verschorfung bewährt hat, und reichlicher, innerlicher Alkoholdarreichung zur Belebung der Herztätigkeit. Die beginnende Demarkierung des Schorfes sucht man durch Borsalbenverbände zu beschleunigen. Verf. stellt 44 nach diesen Grundsätzen behandelte Fälle zusammen, und zwar nur solche, bei denen während des Lebens das Blut bakteriologisch durch Kulturverfahren auf Milzbrandbacillen untersucht worden war. Die bakteriologische Untersuchung des Blutes gibt den sichersten Anhalt für die Beurteilung der Erkrankung. Bei Nachweis von Milzbrandbacillen im Blut ist die Prognose sehr ernst, bei reichlicher Anwesenheit im Blut infaust. Bei schon erfolgtem Einbruch der Bacillen in das Blut ist eine chirurgische Behandlung des Milzbrandkarbunkels von vornherein aussichtslos. Die Fälle, bei denen schon bei der Aufnahme Milzbrandbacillen im Blut sich fanden, scheiden also bei der Frage der Therapie (chirurgisch oder expektativ) ohne weiteres aus. Unter den 32 Fällen, deren Blut bei der Aufnahme frei von Milzbrandbacillen war, wurden 31 bei konservativer Behandlung geheilt; ein Fall, bei dem es trotz konservativer Behandlung zur Blutinfektion kam, endete tödlich. Unter den 31 bei konservativer Behandlung geheilten Fällen befanden sich zum Teil sehr schwere Erkrankungen. Von den 12 Fällen, die mit bestehender Milzbrandblutinfektion in Behandlung traten, starben alle bis auf 2. In dem ersten der beiden geheilten Fälle wurde Salvarsan 0,6 g intravenös injiziert; in dem zweiten Falle gelangte das Sobernheimsche Milzbrandserum zur Anwendung. R. L.

Dr. **Anton v. Sabatowski** (Lemberg): **Ueber die Wirkung des Hormonals auf die Darmbewegung.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, No. 3.)

Verf. hat das Hormonal als ein Mittel zur Anregung der Motilität des Darmes an Tieren und Menschen untersucht. Die Resultate dieser Untersuchungen faßt er in folgenden Sätzen zusammen: 1. Hormonal ruft bei intravenöser Einführung größerer Mengen plötzlich Blutdrucksenkung, Ungerinnbarkeit des Blutes, Speichelfluß und eine unbedeutende Beschleunigung der Darmbewegungen hervor. Diese Erscheinungen dauern eine kurze Zeit, nach welcher alles zur Norm zurückkehrt. 2. Bei intramuskulärer Applikation lassen sich die obigen Erscheinungen kaum bemerken. 3. Die Wirkungsweise des Hormonals gleicht vollständig jener des Vasodilatins von Popielski. 4. Nach den Versuchen an Hunden zu schließen, muß Verf. vor intravenöser Einführung größerer Mengen Hormonals bei Menschen warnen, besonders nach einer Narkose. 5. Demgemäß bietet Hormonal keine Aussichten für die Therapie. Kr.

Dr. **Fritz Marchand** (Heidelberg): **Kasuistischer Beitrag zur Therapie der Säurevergiftung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Unter den üblichen therapeutischen Maßnahmen in Fällen von Vergiftung mit Säuren spielen die Versuche, auf die lokale Verätzung einzuwirken, die Hauptrolle. Die Therapie der resorptiven Säurewirkung tritt dagegen sehr in den Hintergrund, denn die Einführung der löslichen kohlensauren Alkalien in den Magen verbietet sich wegen der durch die Kohlensäureentwicklung bedingten Auseinandertreibung der verätzten Magenwand; und doch ist die resorptive Säurewirkung von wesentlicher Bedeutung; in schweren Fällen von Vergiftung mit anorganischen Säuren erfolgt der Tod verhältnismäßig bald nach der Aufnahme des Giftes unter Koma, Konvulsionen, Atemstörungen und Erlahmung des Herzens und der Gefäße; diese Symptome werden auf die resorptive Säurewirkung bezogen. Es findet infolge der Neutralisation der von den Schleimhäuten des Verdauungskanals resorbierten Säure eine Verarmung des Blutes an Alkalien statt. Noch bevor alles verfügbare Alkali zur Bindung der Säure verbraucht ist, erfolgt der Tod unter den Erscheinungen der Lähmung der vasomotorischen und respiratorischen Zentren. Tierversuche im Schmiedebergschen Laboratorium haben gezeigt, daß man durch Injektion von Natriumcarbonat säurevergiftete Kaninchen noch in der Agone retten kann. Beim Menschen ist der Zustand der Alkaliverarmung am besten beim Coma diabeticum bekannt, welches als Intoxikation durch die im Organismus gebildeten organischen Säuren aufzufassen ist. Hier hat sich in der Tat die Behandlung mit Einfuhr von Natriumcarbonat in die Blutbahn einigermaßen eingebürgert. Auch in der Heidelberger Klinik sind damit bei beginnendem Coma diabeticum wiederholt gute Erfolge erzielt worden. Ueber einen derartigen Fall berichtet Verf. zunächst; es gelang, den Pat. durch wiederholte Infusion von 100 resp. 200 ccm 5 proz. Natrium-Carbonatlösung (in die Kubitalvene) bei schon ausgebrochenem Coma diabeticum zu retten. Etwa ¾ Jahr später erlag er seinem Diabetes. Es liegt nahe, diese Therapie auch bei der Vergiftung durch anorganische Säuren zu versuchen; es liegen hierüber in der Literatur noch keine Mitteilungen vor; Verf. berichtet deshalb über einen Fall aus der Heidelberger med. Klinik, in welchem diese Therapie bei Vergiftung mit konz. Schwefelsäure mit Erfolg angewendet wurde. Der betreffende 24jährige Patient hatte suicidii causa eine nicht genau bekannte Menge konz. H_2SO_4 getrunken. Bei der Aufnahme in die Klinik war er völlig bewußtlos. Wegen der Gefahr des Glottisödems wurde er zunächst tracheotomiert. Da die Bewußtlosigkeit anhielt, wurden nach einigen Stunden 300 ccm einer 5 proz. Natriumcarbonatlösung intravenös infundiert. Sofort nach der Infusion

kehrte das Bewußtsein wieder. Der weitere Verlauf war, abgesehen von einer Bronchopneumonie, die wohl durch Aspiration entstanden war, durchaus günstig. An der Infusionsstelle entwickelte sich eine vorübergehende Thrombose der Vena basilica. In bezug auf die Methodik der Behandlung hebt Verf. hervor, daß intravenöse Anwendung der 5 proz. Natriumcarbonatlösung notwendig ist, da diese stark alkalische Lösung das Körpergewebe schwer schädigt. Man soll eine Kanüle in die Vene einbinden, denn auch geringe Mengen der Lösung, welche unter die Haut geraten, erzeugen unangenehme Nekrosen. Wegen der Möglichkeit einer Thrombose empfiehlt es sich, zur Infusion eine möglichst peripherisch gelegene Hautvene zu wählen.

Serumtherapie.

Dr. **Albert Wiedemann** (Straßkirchen): **Tetanus traumaticus mit Antitoxin Höchst und Blutserum eines geheilten Tetanuskranken geheilt.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Verf hatte vor ca. zwei Jahren über zwei erfolgreich mit Tetanusantitoxin Höchst behandelte Fälle von Tetanus traumaticus berichtet. Er hatte seitdem wieder in zwei Fällen von Tetanus Gelegenheit, die Serumtherapie anzuwenden, und zwar wieder mit Erfolg. Im ganzen wurden im ersten Falle, der sich einige Wochen hindurch bis zur völligen Heilung hinzog, 980 Antitoxineinheiten, d. i. etwa 163,5 ccm Pferdeserum, injiziert. Ein Serumexanthem zeigte sich, nachdem im ganzen 700 Antitoxineinheiten, d. i. 116 ccm Serum, injiziert worden waren. Endlich zeigte der Fall noch, daß ein Rückfall bei Aussetzen der Injektionen zu befürchten ist, wenn nicht der Infektionsherd gründlich chirurgisch beseitigt wird, auch wenn eine glatte Narbe vorhanden ist. Im zweiten Falle injizierte Verf. außer dem Antitoxin Höchst einmal 80 ccm von einem Patienten, der vor 2 Jahren an Tetanus geheilt worden war, mit dem Erfolg, daß die Anfälle vorübergehend aussetzten. Sehr zweckmäßig erschien in diesem Falle die Infiltration des Tetanusantitoxins in die Wundumgebung. Im zweiten Falle wurden 1125 Antitoxineinheiten, d. i. 187 ccm Pferdeserum, injiziert. Ein Exanthem trat nach 167 ccm Pferdeserum auf.

Dr. **M. John** (Mülheim-Ruhr): **Ueber therapeutische Erfolge bei Blutungen, hämorrhagischer Diathese und perniciöser Anämie durch Injektion von Serum, bezw. defibriniertem Blut Gesunder.** (Münch. med. Wochenschrfit, 1912, H. 4.)

Bei Bekämpfung schwerer Blutungen läßt die Gelatinetherapie häufig im Stich. Deswegen ist es zu begrüßen, daß neuerdings eine andere Behandlungsmethode schwerer Blutungen in Aufnahme gekommen ist, welche bessere Erfolge zu haben scheint. Sie besteht in der Einspritzung von defibriniertem Blut eines gesunden Menschen. Es werden aus der Armvene dieses Letzteren steril 30—50 ccm Blut entnommen, in einem sterilisierten, mit Glasperlen versehenen Glaskolben aufgefangen und durch etwa 10 Minuten langes Schütteln defibriniert. Das defibrinierte Blut spritzt man dann sofort intramuskulär in die Glutäen des Kranken, oder, wenn dieser seine Lage nicht verändern darf, subkutan in die Unterschenkelhaut ein. Diese Methode wurde von Verf. mit heilendem Erfolg bei 6 Fällen von schwerer typhöser Darmblutung angewendet. Die Injektion wurde in 2—3 tägigen Intervallen, im ganzen 2—3 mal, wiederholt. Zwei weitere Erfolge durch subkutane Injektion von Serum Gesunder konnte Verf. erzielen in einem Falle von schwerem Gelenkrheumatismus mit ausgesprochener hämorrhagischer Diathese und in einem Falle perniciöser Anämie. Bei der Hämophilie wurden schon mehrfach von anderen Autoren schwere Blutungen durch Seruminjektionen zum Stehen gebracht, und zwar wurde auch Tierserum, z. B. von Pferden, Rindern, Kaninchen, zu den Injektionen verwendet. Gebrauchsfertiges Pferdeserum wird von der Firma Schering (chem. Fabrik Akt.-Ges. in Berlin) in den Handel gebracht. Dasselbe kann verwendet werden, wenn defibriniertes Menschenblut nicht oder nicht rasch genug zu beschaffen ist.

Geburtshilfe.

Dr. **Franz Jäger** (Erlangen): **Hypophysenextrakt als Wehenmittel.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)

Verf. hat seine Versuche in der Erlanger Universitätsfrauenklinik ausschließlich mit dem „Extractum hypophysis ex infundibulo" (Vaporole) der Firma Burroughs, Wellcome & Co. in London angestellt. Das Präparat kommt in Glasphiolen zu 1 ccm, 0,2 g frischer Drüsensubstanz entsprechend, in den Handel. Das Präparat wurde entweder intramuskulär in die Glutäen oder subkutan in den Unterarm oder Oberschenkel injiziert. Die Einzeldosis betrug 1 ccm; in den meisten Fällen genügte eine Injektion. Seine Beobachtungen faßt Verf. in folgenden Sätzen zusammen: 1. Das Hypophysenextrakt wirkt in der Eröffnungsperiode am besten, wenn der Muttermund bei Erstgebärenden ungefähr kleinhandtellergroß, bei Mehrgebärenden für 2 Finger durchgängig ist. So lange noch keine Wehen vorhanden sind, ist die Wirkung nur eine kurzdauernde und unzulängliche. 2. In der Austreibungsperiode läßt sich in vielen Fällen durch das Hypophysenextrakt der Forceps vermeiden. 3. Seine Anwendung ist daher angezeigt bei sekundärer Wehenschwäche, bei schlechten Wehen infolge starker Ausdehnung der Gebärmutter durch Hydramnion oder Gemini, bei Fieber. 4. Ist eine Störung in der Nachgeburtsperiode zu erwarten, so läßt sich diese unter Umständen vermeiden durch eine Injektion kurz vor der Geburt des Kindes. 5. Erfolgt die Geburt des Kindes ungefähr 1 Stunde nach der Injektion, so muß man auf eine Blutung gefaßt sein. Die Nachgeburtsperiode ist in diesem Falle besonders genau zu beobachten. 6. Für die Behandlung von Atonien besitzen wir auch andere Mittel, die dem Hypophysenextrakt gleichstehen, wenn nicht gar ihn übertreffen. R. L.

Physikalisch-diätetische Therapie.

Dr. **E. Bernouilli**, gew. Assistenzarzt am Sanatorium von Prof. A. Jaquet in Riehen: **Ueber das reduzierte Kostmaß in schweren Fällen von Diabetes mellitus.** (Korrespondenz-Bl. f. Schweizer Aerzte, 1911, No. 36.)

Verf. zeigt an der Hand einer Auswahl von Fällen (9) aus dem Sanatorium von Prof. Jaquet die Resultate, welche durch die Reduktion des Kostmaßes erzielt werden können. Die ersten vier Beispiele von mittelschwerem Diabetes (Fall 1 bis 4) zeigen, daß trotz eines kohlehydratarmen Regimes Zucker- und Säurefreiheit nicht erreicht wurde wegen zu reichlicher Ernährung mit Fleisch, Käse und Butter. Durch eine passende Reduktion der in diesen Fällen zu hohen Gesamtnahrungsmenge, und besonders durch Einschränkung der Eiweißration, ließen sich Glykosurie und Acidose dauernd beseitigen, so daß dann infolge der erhöhten Toleranz mehr oder weniger große Kohlehydratzulagen ertragen wurden. Aus Fall 4 ersieht man sehr schön, wie die Toleranz gegen Kohlehydrate durch einige, in diesem Falle unfreiwillige, Fasttage zugenommen hat. Fall 5 zeigt, wie bei gleichbleibender Eiweißkost, durch bloße Reduktion der sehr hohen Fettration die Glykosurie stark vermindert und die Säurereaktion zum Schwinden gebracht werden konnte. Die vier letzten Fälle zeichnen sich dadurch aus, daß eine sehr weitgehende Einschränkung des Kostmaßes nötig wurde, um die Glykosurie wirksam zu bekämpfen. Die Eiweißrationen wurden vorübergehend oder dauernd auf 75—85 g herabgesetzt, der Kalorienwert der Nahrung auf 25—30 Kal. pro Kilogr., vorübergehend sogar darunter. Verf. glaubt, daß gerade diese schweren Fälle am besten zeigen, was die Reduktion des Kostmaßes zu leisten vermag; denn es ist in allen Fällen, auch wo keine völlige Zuckerfreiheit erreicht werden konnte, eine weitgehende Besserung mit subjektivem Wohlbefinden eingetreten. Kr.

Dr. **Fritz Rössler**, Assistent d. II. Universitätsaugenklinik in Wien: **Zur Behandlung des Trachoms mit Kohlensäureschnee.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, welche in der Fuchsschen Augenklinik mit der Kohlensäureschneebehandlung an einigen trachomkranken Patienten gemacht wurden. Diese neue Therapie wurde hauptsächlich auf die Anregung des Mr. Thomas, Assistent des Royal London Ophthalmie Hospital, versucht, der von den guten und raschen Erfolgen berichtete, die in London erzielt worden seien. Die Versuche wurden auf folgende Art angestellt: Es wurden tunlichst nur solche Patienten ausgesucht, bei denen beide Augen denselben Grad der Erkrankung zeigten. Ein Auge wurde als „Kontrollauge" wie sonst mechanisch-medikamentös behandelt: 2 proz. Argentum nitricum. Expression, Blaustein — das andere Auge jeden dritten Tag durch 30 Sekunden mit Kohlensäureschnee; nach 12 Tagen wurde eine Pause von einer Woche eingeschaltet.

Indem Verf. die Resultate der mechanisch-medikamentösen Behandlung mit denen der Kohlensäureschneebehandlung vergleicht, kommt er zu der Erklärung, daß letztere gegenüber ersterer gar keine Vorteile bietet. Die Heilungsdauer wird nicht abgekürzt, die Körner weichen langsam, trotzdem ist die Narbenbildung eine stärkere, was gegenüber der alten Methode als ein großer Nachteil empfunden werden muß, da bei letzterer leichtere Fälle von Trachom so gut wie ohne Narben heilen. Bei Körnern auf der Conjunctiva sclerae läßt die Kohlensäurebehandlung ganz im Stich; eine Behandlung dieser Teile würde wahrscheinlich sehr üble Folgen haben.

Die Pannusbildung wird nach Verfassers Erfahrungen nicht beeinflußt.

In der Literatur findet Verf. nur 2 Publikationen, in denen die Kohlensäurebehandlung bei Trachom zur Sprache gebracht wird: die von Harston und von Capauner. Ersterer bringt einen kurzen Bericht über 50 mit Kohlensäureschnee

behandelte Trachome, von denen 40 geheilt entlassen wurden, und zwar nach 4 bis 18 Sitzungen resp. Wochen; Harston behandelte sie nur einmal wöchentlich; 10 entzogen sich der Behandlung oder standen noch zur Zeit in Behandlung. Nach Harston eignen sich besonders solche Fälle, bei denen die Vernarbung schon im Gange ist. Capauner spricht im Anschluß an die Kohlensäurebehandlung der Lidangiome nur von einem Falle, dessen unteres Lid er vergeblich mit Kohlensäureschnee behandelt hätte; aus seinen Mitteilungen ist nicht zu entnehmen, wie lange er diese Behandlung fortsetzte. Kr.

Technisches.

Dr. **A. Schott** (Heidelberg): **Verfahren zur polychromen Färbung geformter Harnbestandteile.** (Münch med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Verf. gibt ein Verfahren zur Färbung von Urinsedimenten an, welches kaum mehr Zeit in Anspruch nimmt als die Untersuchung des ungefärbten Sediments, da die Farblösungen einfach dem Urin selbst in Tropfenform zugesetzt werden. Er benutzt zur Färbung zwei Lösungen. Lösung I ist 5 proz. wasserlösliches Anilinblau in Aqua destill. Lösung II ist 2½ proz. Eosin in Glyzerin und Zusatz von 5 pCt. Acid. carbolic. liquefactum. Man gibt auf ein Zentrifugenröhrchen (ca. 10 ccm) womöglich frischen Urins 3 Tropfen Lösung I, 6—8 Tropfen Lösung II, schüttelt kräftig um und zentrifugiert wie gewöhnlich. Die Färbung tritt sehr rasch, während des Zentrifugierens, ein; das Präparat kann also sofort mikroskopisch untersucht werden. Zur Verstärkung der Färbung kann evtl. die Tropfenzahl bei der Lösung erhöht werden. Zum Nachweis von Zylindern eignet sich nur Urin, der, frisch gelassen, sofort untersucht wird. Die fertigen Präparate sind relativ haltbar, wenn man sie vor Verdunstung schützt durch Umgeben des Deckglases mit Kanadabalsam, Asphaltlack etc. oder wenn man das lufttrockene Präparat in Kanadabalsam einlegt. R. L.

Dr. phil. **Paul Fleissig**, Spitalapotheker am Bürgerspital Basel: **Ueber Ozofluin, ein neues Fichtennadelbad.** (Therapeutische Monatshefte, September 1911.)

Allen bisher verwendeten Fichtennadelbadezusätzen hafteten Mängel an, die die Handhabung unangenehm machen. So sind die trockenen Extrakte, die bisher nur in Pulverform bekannt waren, sehr schwer löslich; die flüssigen bezw. pastenförmigen Extrakte sind unschön, schmierig und umständlich in ihrer Anwendung, und diejenigen, die Alkohol enthalten, nicht unbedenklich für Frauen, Kinder oder nervöse Individuen, für die diese Bäder besonders in Betracht kommen, da diese die bei der Bereitung und Benutzung des Bades durch Verdunstung entstehenden warmen Alkoholdämpfe einzuatmen gezwungen sind. Einen Fortschritt auf diesem Gebiete bedeuten die Ozofluinbäder, deren Darstellung patentamtlich angemeldet ist. Sie geschieht, indem die Auszüge der zerkleinerten Pflanzenteile, der Koniferennadeln usw., im Vakuum zur Trockne eingedampft werden; die dabei entweichenden flüchtigen ätherischen Substanzen werden aufgefangen und mit dem eingetrockneten Extrakt wieder vereinigt. Das Ganze wird nach Zusatz unschädlicher fluoreszierender Farbstoffe granuliert. Die handliche Form (Patronen von ca. 10 g Inhalt), in der es in den Handel gebracht wird, ist ebenfalls ein Vorzug vor den seither verwendeten Badezusätzen, wozu die prächtige fluoreszierende Färbung des Badewassers kommt, die neben der bakterieiden Wirkung des Bades eine entschiedene suggestive Wirkung auf die Badenden ausübt. Von allen Patienten wurde das neue Fichtennadelbad äußerst angenehm empfunden.

In den Handel gebracht von der Ozofluin-Zentrale in Basel (Schweiz), St. Joh.-Vorst. 42. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

Sitzung vom 7. Februar 1912 (Schluß).

Die Ausschaltung der Harnblase bei schweren Formen von Blasentuberkulose.

Herr **L. Casper**: Die Ausschaltung der Blase als Linderungsmittel bei Blasentuberkulose ist bisher nur 2 mal von Franke vorgenommen worden. Es handelte sich dabei um allerschwerste Formen von Blasentuberkulose, die unseren gewöhnlichen therapeutischen Mitteln trotzen. Das Grundleiden ist ja meist eine tuberkulöse Niere, nach deren Wegnahme die Blase in vielen Fällen ausheilt. Allein es gibt Fälle, in denen wegen Inoperabilität der Niere der tuberkulöse Prozeß in der Blase bestehen bleibt, Fälle, die dadurch charakterisiert sind, daß die Blase einen Schrumpfungsprozeß durchmacht. Die Folge davon ist, daß die Kranken unter heftigen Schmerzen und dauerndem Harndrang leiden, gegen die unsere üblichen Mittel absolut versagen.

Bei der ersten Patientin des Vortr. wurde vor 7 Jahren die eine Niere wegen Tuberkulose entfernt. Die Blase war damals bereits tuberkulös erkrankt. 6 Jahre lang befand sich Pat. unter konservativer Behandlung leidlich wohl. Im August 1910 mußte sie aber wegen qualvoller Schmerzen und häufigen Urindranges die Klinik aufsuchen. Der Urin war trübe, eitrig und enthielt Tuberkelbacillen; die linke Niere war stark vergrößert, die Blasenschleimhaut geschwollen und gerötet; der linke Ureter klaffte. Die Blase faßte nur etwa 60 ccm. Es wurde nun, da alle sonstigen Mittel versagten, eine Blasenfistel angelegt mit dem Resultat, daß der Harnzwang nun dauernd wurde. Daher schritt C. zum äußersten: zur Ausschaltung der Blase durch Nephrostomie. Die Niere wurde in die Haut eingenäht. Die Blasenbeschwerden ließen darauf sofort nach. Patientin ging jedoch am 5. Tage infolge Urämie zugrunde. — Der zweite Fall betrifft einen 36 jährigen Mann, dem Vortr. vor 7 Jahren die linke Niere wegen Tuberkulose entfernt hatte. Er ging dann 6 Jahre seinem Berufe als Schlosser nach. 1911 erkrankte er von neuem an Schmerzen und Blasentenesmen, die keiner Therapie wichen. Der Blasenharn war trübe, eitrig; Tuberkelbacillen ließen sich jedoch nicht nachweisen. Die Blase war zum Teil schwer alteriert, faßte nur 80 ccm; die rechte Uretermündung war lochartig gestaltet; der Katheterismus ergab klaren Urin mit wenigen Leukocyten; der mit dem Sediment angestellte Tierversuch hatte ein positives Resultat. Vortr. schaltete die Blase aus, indem er die Einnähung des Ureters in die Haut vornahm. Der Heilungsverlauf war durchaus günstig. Die Wunde ist jetzt, drei Monate nach der Operation, gut verheilt. Der Patient, der vor der Operation an quälendsten Schmerzen litt, erfreut sich heute eines guten Wohlbefindens; er hat 12 Pfund zugenommen, entleert klaren Urin mit vereinzelten Leukocyten und ist beschwerdefrei. Er trägt ein Urinal, das ihn wenig belästigt.

Die Fälle lehren, daß die Ausschaltung der Blase bei Kranken mit tuberkulöser Cystitis selbst in den Fällen, wo die anderen Mittel versagen, Linderung zu bringen imstande ist. Der Effekt der Schmerzstillung ist unzweifelhaft.

Von den Operationsmethoden kommen die Nephrostomie und namentlich die Ureterostomie in Frage. Letztere ist nach C. vorzuziehen, weil die Infektion hier weniger zu fürchten ist, als wenn man den Ureter in den Intestinaltraktus einpflanzt. Was die Indikationsstellung dieses Eingriffes betrifft, so handelte es sich beide Male um eine kranke Niere; hier ist alles erlaubt, um den Kranken ihre Leiden zu lindern, zumal dann, wenn die anderen Mittel versagen. Die Ureterostomie ist in solchen Fällen als Palliativoperation zuzulassen.

Diskussion:

Herr **Israel**: Es ist möglich, daß man gezwungen sein kann, eine derartige Operation zu machen, obwohl I. noch nicht in die Lage gekommen ist. Sie sollte jedenfalls möglichst vermieden werden. Denn es ist bisher noch kein Apparat gefunden worden, der die Kranken trocken hält und die Qual, dauernd von Urin berieselt zu werden, ist unsäglich. Ferner besteht die Gefahr einer aufsteigenden Pyelitis. Jede Niere, die eine offene Uretermündung an der Körperoberfläche hat, ist als verloren anzusehen. Man sollte den Versuch einer Blasenfistel, von der Redn. in drei Fällen einen guten Erfolg gehabt hat, nicht unterlassen, bevor man sich zur Ureterostomie anschickt.

Herr **Holländer** fragt, ob bei dem zweiten Patienten in den drei letzten Monaten nach der Operation eine Behandlung der Blasentuberkulose vorgenommen worden ist.

Herr **Landau** berichtet über seine Erfahrungen, die er mit Ureterfisteln gemacht hat. Er hat bei monatelanger Beobachtung keine Pyelitis auftreten sehen. Nächst dem Carcinom gibt es für eine Frau nichts Entsetzlicheres als eine Blasenscheidenfistel. In der Mitteilung Caspers erblickt L. einen großen Fortschritt in mechanischer Hinsicht.

Herr **Gottschalk** berichtet über einen Fall, in dem die Vagina wie eine Blase gebraucht wurde.

Herr **Casper** (Schlußwort) hat bei seinem großen tuberkulösen Material von der Anlegung einer Blasenfistel nur schlechte Resultate gesehen. Was die Gefahr der Infektion betrifft, so sind weitere Erfahrungen abzuwarten. Der Apparat des Patienten hält diesen während des Tages trocken.

Sitzung vom 14. Februar 1912.
Vorsitzender: Herr Orth.

Der **Vorsitzende** widmet den verstorbenen Gelehrten Lord Lister und Armauer Hansen einen ehrenden Nachruf.

Vor der Tagesordnung:

Herr **Levy-Dorn** demonstriert eine **neue Art von Röntgenaufnahmen**, die er **Polygramme** nennt. Sie sind dadurch charakterisiert, daß auf derselben Platte sich eine Reihe von

Röntgenbildern befinden, die sich mehr oder weniger decken. Bisher hat sich Vortr. darauf beschränkt, Diplogramme vom Magen herzustellen, die wertvolle Aufschlüsse über die Magenperistaltik zu bringen versprechen; sie sind in den Fällen von Vorteil, in denen bei der Röntgenuntersuchung die photographische Platte mehr zeigt als der Schirm. Die Polygramme sind sehr leicht herzustellen, erfordern geringe Kosten; durch ideales Aufeinanderliegen der einzelnen Phasen unterscheidet sich das Verfahren vorteilhaft von der Kinematographie. Vortr. empfiehlt die neue Art der Bilder als gutes Mittel, um eine Stichprobe für den Verlauf der Magenbewegung zu erhalten.

Diskussion:

Herr **Fränkel** hält diese Art Bilder für pathologische Fälle für weniger geeignet; eine höhere Zahl von Aufnahmen auf einer Platte wiederum würde die Uebersicht stören, ist auch wegen der Sekundärstrahlen in technischer Hinsicht mit Schwierigkeiten verbunden. Eine minimale Zahl von Aufnahmen ist für pathologische Fälle nicht ausreichend.

Tagesordnung:

Moderne Radiumtherapie.

Herr **Paul Lazarus**: Die vier biologischen Effekte des Radium — baktericid, gewebsreizend, elektiv-zellzerstörend, fermentaktivierend — beruhen auf den Strahlungsenergien der α-, β-, γ- und Sekundärstrahlen. Die fixierten Radiumsalze entfalten eine lokale Tiefenwirkung, während die Emanation infolge ihre raschen Diffusion durch den Organismus eine mehr allgemeine Wirkung ausübt. Wahrscheinlich spielen hierbei die durch die Ra-Strahlung gesetzten Entzündungsreaktionen, Leukocytenvermehrung und Zerfall, insbesondere der neutrophilen Elemente, der wesentlichsten Fermentträger (v. Noorden und Falta), sowie die Hyperämie eine Rolle.

Die direkte Bestrahlung mittels Auflegepräparaten, Kompressen oder nach des Vortragenden Angaben verfertigten Radiumdecken ist wirksamer als die der Emanationsbäder. Die Wirkung der letzteren, insbesondere in den von der Industrie gelieferten schwachen Dosierungen, kann weder auf der Absorption, noch auf der Inhalation, noch auf dem Strahlenreize der Emanation beruhen; deren α-Strahlen werden größtenteils im Bodenwasser selbst absorbiert und die vom induzierten Niederschlag ausgehenden β- und γ-Strahlen sind minimal, da in einer halben Stunde nur $^1/_{265}$ der Emanation zerfällt. Das warme Wasser an sich ist bei diesen wie bei den meisten Wildbädern (außer Gastein) der wirksamste Heilfaktor, da letztere nur ganz minimale Aktivitäten aufweisen. Die Radiumemanation ist keineswegs der Brunnengeist.

Bei der Trinkkur — am besten während und nach der Mahlzeit alle 20 bis 30 Minuten ein Schlückchen (Sippingkur), in toto 1000 bis 5000 Macheeinheiten pro die — kommen die Strahlung, Diffusion und Resorption der Emanation durch die Darmwand, die Kontaktwirkung auf die Verdauungs- und Blutfermente, sowie auf die Leber in Betracht. Durch die Lunge wird nur ein Teil der Emanation ausgeatmet, der Rest retrospiriert und ins arterielle System gebracht. Bei der Blutaufnahme der Emanation spielen wahrscheinlich auch kapillarchemische Vorgänge eine Rolle. Bruchteile der getrunkenen Emanation ließen sich im Urin, in der Oedemflüssigkeit, im Pleuraexsudat, Speichel, Schweiß nachweisen. Eine Radiumalbuminurie konnte L. nicht beobachten.

Für das Inhalationsverfahren genügt völlig die Einatmung aus Radiumatmungsflaschen oder die weniger ökonomische Rauminhalation, die sich in jedem gewöhnlichen Zimmer in der einfachsten und wohlfeilsten Weise herstellen läßt. — Die von His, Gudzent und Löwenthal eingeführten Radiogen-Emanatorien sind in physikalischer, technischer, physiologischer und klinischer Beziehung unzureichend fundiert, außerdem unhygienisch; zum Teil sind sogar Resultate der Trinkkur dem Emanatorium zugeschrieben. Gudzents Behauptung, Radium D vermöge Mononatriumurat in CO_2 und NH_3 abzubauen, ist unzutreffend. Exakte Nachprüfungen, u. a. in Neubergs Laboratorium, ergaben, daß gewöhnliches Wasser ebenso wie radium-D-haltiges Wasser das gleiche Quantum Mononatriumurat in Lösung bringen. Ebensowenig ließ sich eine Einwirkung des Radium D auf Fermente nachweisen. Desgleichen sind die His-Gudzentschen Angaben über die Steigerung der Harnsäureausscheidung und das gleichzeitige Verschwinden der Blutharnsäure nicht bestätigt worden; letzteres ist außerdem nicht identisch mit der Gichtheilung, wie die zahlreichen Mißerfolge der Emanationskuren beweisen. Die Emanatoriumkuren seien übrigens selbst von ihren genannten Vertretern mit anderen bewährten Heilfaktoren, unter anderem mit purinfreier Diät, diversen physikalischen Heilagentien, Colchicum, Atophan, Radiuminjektionen usw. kombiniert worden, also keineswegs eindeutig. Die Radiogen-Emanatoriumindustrie hat aus einer harmlosen und wohlfeilen Therapie eine komplizierte und unverhältnismäßig kostspielige geschaffen.

Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 4. März 1912.

Vorsitzender: Herr A. Fraenkel.

Tagesordnung:

Ueber Duodenalgeschwüre.

Herr **Ewald**: Die Diagnose Ulcus duodeni wird in Deutschland selten gestellt; auf 30 Fälle Ulcus ventriculi kommt bisher nur ein Fall; das Verhältnis hat sich in letzter Zeit erheblich verschoben; Trier gibt 9:1, Vohwinkel 12:1, Horsley und Paus (Christiania) gar 4:1 an; die Engländer und Amerikaner haben ganz andere Ziffern gefunden; bei ihnen ist das Verhältnis fast umgekehrt 3:2 und selbst 2:3; aber zu diesen Chirurgen (Mayo und Moynihan) strömt einseitiges Material zusammen; das trifft für die allgemeine Praxis nicht zu. In dem letzten Jahre sah Vortr. auf 127 Fälle von Ulcus ventriculi 12 Fälle von Ulcus duodeni. Die Diagnose wurde 3 mal durch die Operation, das 4. Mal durch Sektion bestätigt.

Man nimmt den Sitz des Leidens jetzt dicht unterhalb (etwa 1—2 cm) des Pylorus an; unter 162 Fällen von Colles saßen dicht unter dem Pylorus 75, 4 griffen auf den Pylorus über. Das Ulcus duodeni geht selten in Krebs über. Zuweilen findet sich gleichzeitig ein Magenulcus; bei 49 kranken Frauen geschah das 17 mal. Die Nachbarschaft der Arteriae pancreatico-duodenalis und gastroduodenalis erklärt die abundanten Blutungen. Kleinere Blutungen kommen gerade bei Ulcus duodeni selten vor, weil das narbige Gewebe sie unterdrückt.

Die Schmerzen werden meist rechts von der Mittellinie gefunden; sie entstehen spontan und bei Druck; sie strahlen selten gegen die Wirbelsäule aus. Aber sie treten periodisch auf, manchmal in Pausen von Monaten, selbst von 3—4 Jahren. Der Beginn der Schmerzen ist von der Nahrungsaufnahme abhängig, er folgt ihr meist in 3—4 Stunden; aber auch in der 2. Stunde schon sah Vortr. sie auftreten. Selbst heftige Schmerzen lassen nach einer gewissen Nahrung, z. B. Milch und Brot, plötzlich nach; sie werden daher auch „hunger pain" genannt. Zuweilen strahlen sie gegen den rechten Oberschenkel aus. Aber eine Reihe anderer Leiden, z. B. Ulcus ventriculi und Hyperacidität, bedingen eben solche Hungerschmerzen. Die Magensekretion ist wechselnd meist gesteigert. Bedeutsam ist die motorische Insuffizienz und der Pylorospasmus; letzterer kann sich bis zum Tumor steigern, vielleicht durch den Reiz des Geschwürs bedingt oder weil es auf den Pylorus übergreift.

Kommen nur blutige Stühle vor, so ist das ein wesentlicher Behelf für die Diagnose. Das Erbrechen ist nur dann von Bedeutung, wenn es periodisch zugleich mit Zusatz von Galle zustandekommt. Dann besteht eine Stenose unterhalb der Papilla Vateri. Auffallend sind vasomotorische Erscheinungen: kalte Hände und Füße, schlechteres Befinden bei naßkalter Witterung. Die Cammidgesche Reaktion, das Auftreten eines osazonartigen Körpers im Harn, hat sich als unzuverlässig erwiesen. Dasselbe gilt von der nicht ungefährlichen Einhornschen Fadenprobe.

Die Radioskopie weist Dilatation des Magens und des oberen Duodenums nach. Haudek hat kürzlich auf Besonderheiten hingewiesen, auf Nischenbildung an der Duodenalwand in Form eines Wismutfleckes, der mit einem Druckpunkt oder einer druckempfindlichen Resistenz zusammenfällt. Aber nur in drei seiner 14 Fälle wurde die Diagnose durch die Operation bestätigt.

Wertvoll für die Diagnose bleiben die Periodizität der Schmerzen, die vasomotorischen Störungen, das ausschließliche Erscheinen von Blut im Stuhl und der Pylorospasmus.

Die interne Therapie ist die gleiche wie die des Ulcus ventriculi: Ruhigstellung des Darmes durch Nährklystiere, HCl-Sekretion beschränkende Diät (Fette und Kohlehydrate). Von Arzneimitteln ist nichts zu erwarten. Man könnte an flüssige Medikamente denken, die mit Hilfe des Einhornschen Schlauches an den Locus affectionis gebracht werden; aber das ist bedenklich, weil der Fremdkörper Blutung veranlassen kann. Coatman empfiehlt reichliche Ernährung, gibt aber seine Erfolge nicht an. Da die Diagnose unsicher ist, läßt sich der Heilerfolg schwer abschätzen. — Nach amerikanisch-englischer Auffassung ist nur die chirurgische Behandlung am Platze, weil die Gefahr der Perforation (W. Mayo) vermieden werden kann; indiziert ist sie bei chronischen Blutungen, Stenose, Perforation und Pylorospasmus. Ob die Resektion oder die Gastroenterostomie oder letztere zusammen mit Ausschaltung des Pylorus vorgezogen wird, sind technische Fragen.

Vortr. versucht in frischen Fällen stets die innere Behandlung; von seinen 12 Fällen heilten 4, besserten sich 3. In allen alten Fällen ist, zumal bei dringenden Symptomen, die Operation notwendig. Aber selbst solche entgehen leicht der Diagnose. Vortr. erinnert an den bereits demonstrierten Fall

von Perforation mit starker eitriger Peritonitis, der in vivo nur als Herzfehler gedeutet wurde und nur gelegentlich rechts geringe Schmerzen gehabt hatte.

Herr **Bier** verfügt über 23 operierte Fälle; die Zahl ist kümmerlich gegenüber den amerikanischen, die nach Hunderten rechnen. Er hatte in 4½ Jahren nur 17 Fälle. Das Duodenalgeschwür ist wohl in England und Amerika häufiger; aber bei uns ist wohl die Diagnose mangelhaft; wir fassen auch den Begriff anders auf. W. Mayo gibt ein wichtiges Zeichen für die Grenze zwischen Pylorus und Duodenum an, eine von unten nach oben gerade heraufziehende Vene; ein Geschwür, das zum größeren Teile auf der duodenalen Seite sitzt, ist ein Ulcus duodeni. Vielfach werden die Kranken als Neurastheniker behandelt; davon bringt Vortr. ein typisches Beispiel.

Typisch ist in sehr vielen Fällen die Anamnese; sie gestattet, mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose zu stellen. Aber auch das Gegenteil kommt vor. Unter 23 Fällen sah Vortragender den Hungerschmerz nur 13 mal; selbst sichere Fälle waren darunter. Von großem Wert sind die Druckschmerzen; bisweilen findet sich Spannung des Musculus rectus abdominis; aber auch der Schmerz ist unzuverlässig; einmal saß er links oben im Epigastrium. Treten erst die schweren Komplikationen ein, dann ist die Diagnose leichter; aber z. B. heftige Blutungen sind ein Spätsymptom; dann sollte die Behandlung längst eingeleitet sein. Oft kommen Täuschungen in der Lokalisation vor. Aber die Operation verstopft die Quelle der Blutung und der Perforation.

Wertvoll ist das Röntgenbild; zu bedenken ist jedoch die versteckte Lage des Duodenums; viel wichtiger ist die Schirmdurchleuchtung. Die Füllung des Duodenums mit Wismut ist zweifelhaft; denn der untere Teil wird schnell von der Nahrung durcheilt. Die Diagnose der Duodenalstenose ist schwierig. Physikalisch aus den Resten der Mahlzeit sie zu stellen, ist nicht möglich. Bei 16 Durchleuchtungen sah Vortr. in keinem Falle einen normalen Magen; das spricht für Spätfälle; 12 mal fand sich Ptose. Diese ist nicht so häufig, wie sie das Röntgenbild angibt. Oefter stecken anatomische Veränderungen dahinter; 5 mal bestand leichte Magenektasie; hier fanden sich nach 6 Stunden noch Reste. Mehrmals fand sich hoch einsetzende Peristaltik; statt in der Mitte begann sie oben an der Luftblase; 3 mal fand sich Verziehung des Magens nach rechts ohne Ektasie. Leider geben andere Krankheiten dasselbe Bild, z. B. Pericholecystitis. Wertvoll ist es, den Druckschmerz vor dem Röntgenschirm zu prüfen. Der Kranke muß dabei stehen. Ist der Bulbus duodeni mit Wismut gefüllt, so läßt er sich durch Massage nicht wegdrängen; 2 mal fand sich Zapfenbildung, ein Zeichen der Stenose. Beim Magen ist das ein Zeichen des Pyloruscarcinoms. Einmal, leider erst nach der Operation, wurde der kleine Füllungsherd, der dem Ulcus penetrans (Haudek) entspricht, gesehen.

Im ganzen ist die Diagnose unsicher; Vortr. hat die ärgsten falschen Diagnosen gestellt; einmal fand sich Skirrhus im untersten Teile des Duodenums; das Röntgenbild war negativ; ein harter Ring hatte das Duodenum gebläht; der Pylorus war offen.

Hyperacidität ist oft ein Zeichen einer ernsten Magenkrankheit. Das Fehlen einer anatomischen Magenstörung spricht für Ulcus duodeni. Sehr unsicher ist die Diagnose multiple Ulcera.

Im allgemeinen stimmen diese Ergebnisse mit denen der Amerikaner und Engländer überein; die typische Anamnese, der Sitz im oberen Teil des Duodenums, die häufigere Beteiligung der Männer (16:7 Frauen) sprechen dafür. Erhebliche Unterschiede waren folgende: Fehlen der Hungerschmerzen, langwieriger Verlauf, dann wieder Stenose, die schon ein Jahr nach Beginn des Leidens auftritt, auffallend häufige Komplikationen (Blutstuhl, Erbrechen, erhebliche Abmagerung). Häufig waren die Geschwülste bösartig. Moynihan zählt unter 56 Fällen deren nur 2.

Jedenfalls gehen dem Chirurgen in Deutschland nur die schweren, komplizierten Fälle zu, besonders, wenn er hinter sich keine innere Klinik hat.

Die Amerikaner und Engländer operieren jeden Fall, der mehrere Attacken gezeitigt hat. Die deutschen Internisten opponieren dagegen sehr energisch. Die Operation der Wahl ist die Gastroenterostomie, wenn Stenose besteht, dagegen wenn noch ein Ulcus besteht, mit Verschluß des Pylorus; sonst geht die Nahrung hartnäckig den physiologischen Weg. Die Methode den Pylorus mit einem Faden zu umschnüren, hat sich als ungangbar erwiesen; sie soll heftige Schmerzen machen und der Faden dringt ins Lumen und wird abgestoßen. Erfolglos war auch die Zerquetschung des Pylorus. Auch hier stellte sich die Lichtung wieder her. Moynihan übernäht jedes Geschwür. Stets ist die Gastroenterostomia posterior zu wählen; nur bei starker Verwachsung ist die vordere Gastroenterostomia indiziert. Die erste Operation ist nicht groß und ungefährlich; die Oeffnung muß groß genommen, von derselben aus mit dem Finger das Duodenum und Pylorus abgetastet werden. Die Nähte halten sicher. Der Circulus vitiosus kommt kaum noch vor.

Von 23 Fällen ist einer gestorben, und zwar an Pneumonie, ein alter, schwächlicher Mann, obwohl man ihn früh hatte aufstehen lassen. Die Fernresultate scheinen sehr gut zu sein. Versagt die interne Behandlung, so kann man den Kranken mit gutem Gewissen dem Chirurgen zuweisen. Das Angreifen des Geschwürs direkt an der hinteren Wand ist schwierig, an der vorderen leichter. Wilms empfiehlt entgegen den Engländern die Naht in der Längsrichtung. Das Duodenalgeschwür ist immer sichtbar, fühlbar und demonstrierbar.

Diskussion:

Herr **Fürbringer** hat seine Fälle meist erst auf dem Sektionstisch erkannt; einer hatte zeitweise Anfälle, Schmerzen bis zum Schreien in der Leber, bedeutende Stauung der Speisereste und Abmagerung um 20 Pfund. Redner fand nur Empfindlichkeit der Pylorusgegend und Schmerzen des Magens bis unter den Nabel und nahm organische Pylorusstriktur vermutlich durch Krebs an. F. Krause nahm die Gastroenterostomia retrocolica vor und fand bedeutende Stenose des oberen Duodenums durch ein starkes vernarbendes Geschwür. Der Erfolg war eklatant. Manchmal geht es auch ohne Operation, wie in folgendem schlimmen Falle: Ein Mann mittleren Alters bekam hartnäckige Darmblutungen und Schmerzen im Oberleib, wie Blutbrechen. Wegen alter Lues und beginnender Tabes verordnete Redn. Traitement mixte. Pat. bekam Hg und J mit dem Erfolg, daß dieses Leiden fast restlos verschwand. Die Blutung stand sofort. Das syphilitische Geschwür ist im Darm, auch im Duodenum gar nicht selten.

Herr **Körte** verfügt über 25 Fälle; das Geschwür saß caudalwärts vom Pylorus, nicht mehr im Sphinkter; 23 Männer, 2 Frauen, von 25 bis über 50 Jahre alt. Charakteristisch war der intermittierende Schmerz; nur 2 mal fehlte er. Nur 1 mal wurde ein Stein gefunden, 14 mal Blutungen. Ehe die Fälle nicht sehr alt sind, soll man nicht von sicherer Heilung sprechen; 4 mal Stenosen auch mit Resten im Magen. Säure fast immer vermehrt; oft saures Aufstoßen; Erbrechen selten. Die Wahrscheinlichkeitsdiagnose wurde 18 mal gestellt. Nie war Resektion nötig; oft war sie unmöglich; entweder saß die Geschwürsplatte in dichter Verwachsung oder — in 10 Fällen — an der medialen Wand gegen das Pankreas hin. Ausgeführt wurde die Gastroenterostomia retrocolica posterior, kein direktes Mittel gegen das Ulcus. So lange sie den sauren Magensaft ableitet, ist der Erfolg gut. Die Uebernähung ist nicht immer, zumal nicht an der Hinterwand, möglich. Die Ausschaltung des Pylorus geschah 10 mal, ist aber ein erheblicher Eingriff; besser ist die Verengerung des Pylorus durch Raffung mit Faltennähten. Wichtig ist die präpylorische Inzision. Der Pylorus ist ein scharfer Ring; im Duodenum fühlt man die harte Platte mit Delle in der Mitte; diese Palpation entscheidet zweifelhafte Fälle.

23 Kranke sind geheilt, 2 gestorben, davon einer an Fettherz, der andere an Perforation des Ulcus nach der Operationsstelle hin; 8 sind 2—11 Jahre geheilt, 9 erst 1 Jahr; darauf kann man nicht viel geben. Denn es blieben Beschwerden mehrfach zurück: der eine ist schon vor 7½ Jahren operiert, aber arbeitsfähig, der andere starb kachektisch; hier bestanden Erscheinungen von Pankreatitis; einer bekam wieder Blutungen und starb nach 4 Jahren.

Unwesentlich bleibt für die Fälle, ob das Ulcus im Magen oder schon im Duodenum sitzt; die Unterscheidung hat nur statistischen Wert. Segensreich wirkt der Verschluß des Pylorus; aber man kann von einem Erfolge erst nach Jahren sprechen. Mode.

IV. Bücherschau.

Ueber Arthritis deformans. Von Dr. **Paul Ewald**, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Hamburg. Berliner Klinik, Dezember 1911, H. 282. Berlin W., Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). 18 S. 0,60 M.

In der kleinen Arbeit gibt Verfasser einen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse bezüglich der Arthritis deformans, sowohl in pathologisch-anatomischer wie in klinischer Beziehung. Besonders betont Verf., daß die Arthritis deformans in ihren leichteren Formen viel häufiger vorkommt und vor allem in jüngerem Lebensalter sich zeigt, als man früher glaubte. Diese Erkenntnis verdankt man vor allem der Röntgenuntersuchung. Nicht selten verläuft die Arthritis deformans symptomlos; selbst hochgradige Veränderungen in den Gelenken können bestehen, ohne daß sie Schmerzen machen; oft treten in solchen Fällen Beschwerden erst nach einem zufälligen Trauma auf. An einigen Skizzen auf Grund von Röntgenbildern veranschaulicht Verf. die Veränderungen, wie sie bei der Arthritis deformans in den Hauptgelenken häufig vorkommen. Zum Schluß gibt er einige Winke bezüglich der Prognose und der Behandlung.

Hautveränderungen bei Erkrankungen der Leber. Von Sanitätsrat Dr. **S. Jessner** (Königsberg i. Pr.). Dermatologische Vorträge für Praktiker, Heft 24. Würzburg 1912, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 23 S. 0,60 M.

Das vorliegende Heft der Jessnerschen Sammlung hat für den Praktiker geringeres Interesse als die sonstigen Hefte des Unternehmens, da es sich hier vorwiegend um theoretische Fragen handelt und therapeutische Gesichtspunkte ganz zurücktreten. Es ist daher nicht recht einzusehen, warum der Verf., der durch seine Vorträge sonst den Bedürfnissen der praktischen Aerzte entgegenkommt, gerade das hier behandelte Kapitel zum Gegenstand einer gesonderten Darstellung gemacht hat. Es finden sich auch keine wesentlich neuen Gesichtspunkte, um die gesonderte Behandlung zu rechtfertigen. R. L.

Scharlach. Von weil. Hofrat Dr. **Th. Escherich** und Dr. **G. Schick.** (Supplement zu „Spezielle Pathologie und Therapie", herausgegeben von weil. Hermann Nothnagel, fortgeführt von Prof. v. Frankl-Hochwart.) Wien und Leipzig 1912, Verlag von A. Hölder. Preis 7,60 Mark.

Den ersten Teil des Buches (Geschichte, Epidemiologie und Pathogenese) hat der unlängst verschiedene Escherich mitredigiert, während das übrige der Feder Schicks entstammt. Die Darstellung baut sich möglichst auf eigenen Beobachtungen auf, indes ist die Literatur durchaus bis in die letzte Zeit mitverarbeitet. Während „Klinik und Pathologie" nicht allzuviel Neues enthalten, wird man mit um so größerem Interesse die Abschnitte über die Nachkrankheiten, das Verhalten des Blutes und die Kombinationen mit anderen spezifischen Infektionskrankheiten durcharbeiten. Das Kapitel „Prophylaxe und Therapie" kann dem Praktiker zu regem Studium empfohlen werden. Fleischlose, kochsalzarme Kost kann Nephritis ebenso wenig verhüten, wie alle gegen Nierenentzündung prophylaktischen Mittel. Wie bei Schick selbstverständlich, ist der Serumtherapie ein längerer, sehr instruktiver Abschnitt gewidmet, in dem möglichst objektiv die Anwendung der versuchten Anti-Scharlachsera dargestellt ist. Von diesen glaubt Sch. auf das Mosersche Serum als das erfolgreichste und empfehlenswerteste aufmerksam machen zu sollen. — Ein umfangreiches Literaturverzeichnis beschließt das recht empfehlenswerte Buch.

Die Besonderheiten des Kindesalters. Von Prof. Dr. **N. Gundobin.** Aus dem Russischen übersetzt von Dr. med. Rubinstein. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Langstein. Berlin, Verlag Allgemeine Medizinische Verlagsanstalt G. m. b. H. Geh. 12 M.; eleg. in Leinen geb. 14 M.

Der verstorbene Petersburger Pädiater hatte in dem vorliegenden Buche die Resultate der eigenen Forschungen wie die seiner Mitarbeiter und Schüler zusammenfassend veröffentlicht. Diese Forschungen gehen von der richtigen Erkenntnis aus, daß die Grundlage des Verständnisses für die Krankheiten der Kinder nur durch die Erforschung der anatomischen und physiologischen Besonderheiten unter steter Berücksichtigung der klinischen Erscheinungen erfolgen kann. So hat Gundobin ein Handbuch der Anatomie und Physiologie des kindlichen Organismus geschaffen, das selbstverständlich noch in vieler Beziehung weiterer Forschung und Ergänzung, wohl auch der Nachprüfung bedarf. Immerhin ist auch in der vorliegenden Form das Buch ein ausgezeichnetes und empfehlenswertes Nachschlagewerk für anatomische und physiologische Daten. — Jedem Kapitel ist ein Literaturverzeichnis angeschlossen. Ein gut durchgearbeitetes Namen- und Sachregister erleichtert sehr die Orientierung. — Die Uebertragung aus dem Russischen ist klar und fließend. Der Uebersetzer hat einzelne Angaben durch Benutzung neuerer Publikationen ergänzt. Druck und Ausstattung sind ausgezeichnet. R.

V. Tagesgeschichte.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Die Expedition, die das Deutsche Rote Kreuz vor einigen Monaten auf den tripolitanischen Kriegsschauplatz zur Unterstützung des türkischen Roten Halbmonds entsandt hatte, hatte einen schweren Verlust zu beklagen, indem der Oberarzt der inneren Abteilung des im türkischen Hauptlager Gharian eingerichteten Lazaretts Prof. Dr. Albert Schütze am Typhus gestorben ist. Der Verstorbene, der sich als bakteriologischer Forscher schnell einen Namen gemacht hat, stand erst im 40. Lebensjahre. Geboren in Berlin als Sohn eines Künstlers, der Jahrzehnte hindurch als Illustrator medizinischer Werke tätig gewesen ist, studierte er von 1890 bis 1895 Medizin und erwarb 1897 die ärztliche Approbation. Er trat darauf als Assistent in das Institut für Infektionskrankheiten ein, von wo aus er eine Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlichte, deren Gegenstände vorwiegend der serologischen Forschung entnommen waren. Während des russisch-japanischen Krieges nahm er an der Expedition des Deutschen Roten Kreuzes als Leiter der inneren Abteilung teil. Kurz nach seiner Rückkehr wurde er 1906 vom Berliner Magistrat zum Vorsteher des neu eingerichteten bakteriologischen Instituts am Moabiter Krankenhause gewählt.

— Im 64. Lebensjahre starb hierselbst Ende Februar der Geh. Sanitätsrat Dr. Windels, seit 1903 durch königliches Vertrauen berufenes Mitglied des Ehrengerichtshofes. In kassenärztlichen Fragen auf einem den gegenwärtigen Anschauungen des überwiegenden Teiles der deutschen Aerzteschaft nicht mehr entsprechenden Standpunkt stehend, hat er es dennoch dank seinen persönlichen Eigenschaften und der verständnisvollen Menschlichkeit, mit der er sein Amt als Ehrenrichter höchster Instanz ausübte, verstanden, sich auch bei denen Sympathien zu erwerben, die in Fragen der Standespolitik anderen Zielen nachstrebten.

— Die Herren Prof. J. Israel und Geh. Med.-Rat Prof. E. Küster sind von der Berliner urologischen Gesellschaft zu Ehrenmitgliedern ernannt worden.

— In der hiesigen medizinischen Fakultät haben folgende **Extraordinarien** für die von ihnen vertretenen Fächer Sitz und Stimme erhalten: Prof. Dr. F. Strassmann (Staatsarzneikunde) und sämtliche drei Vertreter der Zahnheilkunde, die Proff. DDr. Williger, Schroeder und Dieck.

Breslau. Mit der Abhaltung des Parallelkollegs über topographische Anatomie ist vom Unterrichtsminister Prof. Klaatsch beauftragt worden (vergl. „Allg. med. Central-Ztg.", 1912, No. 9, S. 119).

Leipzig. In der vorigen Woche wurde die unter Leitung von Prof. Barth stehende neue **Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten** im Beisein des Unterrichtsministers feierlich eingeweiht.

München. Der Prosektor am anatomischen Universitätsinstitut, Privatdozent Dr. Hermann Hahn erlag einer akut verlaufenen Infektion von einer Schnittwunde aus, die er sich bei Ausübung seines Berufes zugezogen hatte.

Tübingen. Dem Privatdozenten der inneren Medizin Dr. Schlayer ist der Titel und Rang eines außerordentlichen Professors verliehen worden.

— Der Direktor der hiesigen Universitätsfrauenklinik Prof. Sellheim hat einen Ruf an die medizinische Akademie in Düsseldorf, der er bereits in gleicher Stellung vor einigen Jahren angehörte, abgelehnt.

Lörrach. An den Folgen einer Blutvergiftung, die er sich bei einer Sektion zugezogen, ist hierselbst Medizinalrat Dr. Stark gestorben.

Prag. Regimentsarzt Dr. Josef Novotny hat sich an der tschechischen Universität für Hygiene habilitiert.

Pavia. Der Professor der Bakteriologie Dr. A. Negri, Entdecker der nach ihm benannten Körper bei Lyssa, ist gestorben.

Konstantinopel. Im 77. Lebensjahre starb hierselbst der kgl. preußische Geh. Sanitätsrat Dr. Andreas Mordtmann, der in der türkischen Hauptstadt seit 48 Jahren mit großem Erfolge die ärztliche Praxis ausübte. Aus Hamburg gebürtig, war der Verstorbene durch seinen Vater, der als hanseatischer Geschäftsträger bei der Hohen Pforte fungierte, auf seinen hiesigen Wirkungskreis geführt worden, nachdem er in Berlin und Würzburg studiert hatte und zwei Jahre an der medizinischen Universitätsklinik in Halle als Assistent tätig gewesen war. In kurzer Zeit erwarb sich Mordtmann eine ausgebreitete Klientel als einer der angesehensten Aerzte Konstantinopels, der in seiner auf Hoch und Niedrig, Einheimische und Ausländer sich erstreckenden ärztlichen Tätigkeit eine Art Vermittler zwischen Orient und Okzident darstellte. Neben seiner Privatpraxis versah er an 40 Jahre die Stellung eines leitenden Arztes am hiesigen Deutschen Hospital und fand daneben noch Zeit zu einer seinem Hauptberuf fernliegenden wissenschaftlichen Tätigkeit topographischer und historischer Art, die sich vorwiegend auf das alte Byzanz bezog, wobei ihm die Kenntnis einer Reihe von orientalischen Sprachen — er war in diese von seinem Vater, einem Orientalisten von Ruf, eingeführt worden — sehr zustatten kam. Auch als medizinischer Schriftsteller in deutschen ärztlichen Zeitschriften hat sich Mordtmann hin und wieder betätigt.

Peking. Ein deutscher Arzt, Dr. Oskar Schreyer, der als Bahnarzt der Schantung-Eisenbahn-Gesellschaft in China wirkte, ist das Opfer eines Mordanfalles geworden, als er bei der Militärrevolte der verflossenen Woche der Familie eines befreundeten deutschen Ingenieurs Hilfe bringen wollte.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Unter dem Vorsitz des Geh. Obermed.-Rats Prof. Dr. Dietrich fand am 8. März im Ministerium des Innern eine Versammlung statt, an der Aerzte aus den Nord- und

Ostseebädern, Professoren und Klimaforscher teilnahmen. In den letzten Jahren, besonders seit dem vorjährigen internationalen Kongreß für Meeresheilkunde in Kolberg, ist das Interesse an einer streng wissenschaftlichen Erforschung der für die Krankheitsbehandlung an der See in Betracht kommenden Faktoren reger geworden. Dies gemeinsame Interesse führte allmählich zu einer Ueberwindung alter Gegensätze, die bisher zwischen den verschiedenen Vereinigungen an den Ost- und den Nordseeküsten bestanden, und schließlich zu der am 8. März vollzogenen Gründung der **Deutschen Gesellschaft für Meeresheilkunde**. Deren Aufgabe ist der Zusammenschluß der deutschen Seebäder und der Organisationen, Vereine und Körperschaften, welche die Meeresheilkunde pflegen. Sie bezweckt Förderung der wissenschaftl. Meeresheilkunde und der damit zusammenhängenden wissenschaftlichen Aufgaben und Schaffung einheitlicher Grundlagen für klimatologische Untersuchungen, Förderung der Kinderseehospize, der Winterkuren an der See, der Schiffssanatorien, namentlich auch zur Bekämpfung der Tuberkulose, schließlich die Vertretung der deutschen Meeresheilkunde dem Auslande gegenüber.

— Die diesjährige Hauptversammlung der **Deutschen Gesellschaft für Volksbäder** findet am 15. Mai in Königsberg i. Pr. statt.

Gerichtliches.

Cöln. Der Apotheker Alfons Weinert, der bereits früher infolge des Vertriebs der Präparate seines Schwiegervaters Dr. Thisquen mehrfach die Gerichte beschäftigt hat, ist neuerlich wegen **unlauteren Wettbewerbs** von der hiesigen Strafkammer zu 600 M. Geldstrafe verurteilt worden. Er hatte in seinen Ankündigungen behauptet, ein die wirksamen Bestandteile des Ehrlichschen Salvarsans in erheblich verbesserter Form enthaltendes Heilmittel gegen Syphilis zu besitzen.

Verschiedenes.

Berlin. Für die vom Deutschen Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen geplante **ärztliche Studienreise nach Amerika** sind nur noch etwa 40 Plätze zum Preise von 1950 bis 2250 M. zu vergeben. Die Abfahrt erfolgt am 7. September von Hamburg mit dem Doppelschraubendampfer der Hamburg-Amerika-Linie „Cincinnati", die Rückreise von New York am 10. Oktober mit der „Victoria Luise". In Aussicht genommen ist der Besuch von New York, Philadelphia, Atlantic-City, Baltimore, Washington (Teilnahme an dem Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie), Chicago, den Niagarafällen, Montreal, Boston, Albany. Anfragen und Meldungen sind zu richten an das Deutsche Zentralkomitee für ärztliche Studienreisen, Berlin W., Potsdamer Straße 134 b.

— Auf Anordnung des Ministers des Innern werden von jetzt an von der Medizinalabteilung des Ministeriums **„Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung"** im Verlag von Rich. Schoetz, Berlin, herausgegeben. Sie sollen wichtige Fragen des Gesundheitswesens erörtern und eine Sammelstelle bilden für alles, was auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung wissenschaftlich und praktisch gearbeitet wird. Den beamteten Aerzten werden die Veröffentlichungen dienstlich überwiesen, damit sie sich über die Beziehungen der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Medizinalverwaltung fortlaufend unterrichten und die in den Miteilungen enthaltenen Anregungen in ihrer amtlichen Tätigkeit verwerten können. Die Hefte erscheinen zwanglos und sollen einzeln käuflich sein. Das vorliegende erste Heft enthält zwei Aufsätze: Ursachen und Bekämpfung des Kindbettfiebers von Dr. E. Radtke und Geh. Med.-Rat Dr. Winter, ferner Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge in Pommern von Prof. Dr. E. Peiper. Preis dieses Heftes 2,40 M.

— Vor etwa einem Jahre erlag in Tsingtau, dem Hauptort des deutsch-chinesischen Schutzgebietes, der Leiter des dortigen Faber-Hospitals Dr. Wunsch im Alter von erst 41 Jahren einem Flecktyphus, den er sich bei Behandlung eines chinesischen Patienten zugezogen hatte. Der so früh seinem Beruf Entrissene hatte an der vom Allgemeinen Evangelisch-Protestantischen Missionsverein im Jahre 1902 errichteten Krankenanstalt eine überaus segensreiche Tätigkeit als Arzt und Operateur entfaltet, deren Erfolge sich in der ständig gewachsenen Frequenz des ihm unterstellten Hospitals kundgaben. Dr. Wunsch hatte daher die Absicht, durch Einrichtung eines neuen, allen modernen Anforderungen entsprechenden Gebäudes für das Faber-Hospital sein ärztliches Wirken auf eine noch breitere Basis zu stellen, und dieser Plan, durch das Hinscheiden Wunschs hinausgeschoben, soll jetzt zur Ausführung gebracht und damit das Andenken des auf Vorposten gefallenen Kollegen in der würdigsten Weise geehrt werden. Ein Teil der für den Bau des geplanten **„Dr. Wunsch-Hauses'** benötigten Gelder wird durch den oben genannten Missionsverein hergegeben, der Rest, etwa 20 000 M., soll auf dem Wege der Sammlung aufgebracht werden. Ein Komitee, dem eine große Zahl der angesehensten deutschen Aerzte angehören, wendet sich daher an die Kollegen mit der Bitte, für den dargelegten edlen Zweck ihr Scherflein beizusteuern. Beiträge nimmt entgegen der Schatzmeister des Allgemeinen Evangelisch-Protestantischen Missionsvereins Herr Max Thieme, Charlottenburg, Friedbergstraße 15.

Dresden. In unmittelbarer Nähe Dresdens ist vor kurzem das **Sanatorium Bühlau** bei Weißer Hirsch eröffnet worden, das sich im Besitz einer aus Aerzten bestehenden Aktiengesellschaft befindet. Auch in Zukunft soll für den Aktienbesitz die Zugehörigkeit zum ärztlichen Stande Bedingung sein. Das neue Sanatorium, dem wir gutes Gedeihen wünschen, steht unter der Leitung des als Verfasser balneologischer Schriften bekannten Kollegen Dr. Helwig (früher in Zinnowitz).

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen von Medizinalbeamten.

Die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Danzig. (Remuneration 2000 M. jährlich.)

(Veröffentlicht am 6. März.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Dr. Seydel in Berlin, Marinestabsarzt Dr. Buchinger, Marinestabsarzt Dr. Ploeger.

Königl. Kronen-Orden 2. Kl.: Marinegeneralarzt a. D. Dr. Spiering in Coburg.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: San.-Rat Dr. Neuhaus in Düsseldorf.

Versetzt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bonhoeffer von Breslau nach Berlin, Kreisassistenzarzt Dr. Schablowski von Danzig nach Gumbinnen.

Niedergelassen: Dr. Stegenwallner in Schlodien, Dr. Auerbach in Viöl, P. Eichstädt in Weilmünster.

Verzogen: Dr. Briehn von Zinder nach Saalfeld, Prof. Dr. Umber von Altona nach Charlottenburg, Dr. Tschoepke von Altona nach Marburg, Oberstabsarzt a. D. Dr. Metz von Neckargemünd nach Altona, Dr. Quirll von Fürstenau nach Glückstadt, Dr. Piening von Hersfeld nach Rendsburg, Dr. Schafft von Sülfeld nach Essen, Dr. Borchers von Jever nach Sülfeld, Dr. Markus von Darmstadt und Dr. Stoll von Nauheim nach Frankfurt a. M., Dr. Simons und Dr. Jungmann von Frankfurt a. M. nach München bezw. Straßburg i. E., Dr. Lautenschläger von Karlsruhe, Dr. K. Schmidt von Charlottenburg, Dr. Neuhaus von Laupheim, Dr. Nensell von Dresden und Dr. Rall von Erlangen nach Frankfurt a. M., E. Friedländer von Roßdorf nach Kemel, Dr. Freund von Weilmünster, Dr. Kuckro von Berlin und Dr. Ludwig von Hanau nach Wiesbaden, Dr. Tödter von Rostock nach Bedburg, Dr. Richardt und Dr. Griesser von Freiburg nach Crefeld, E. König von Cöln, K. Dickoré von Lollar und Dr. K. Lissauer von Berlin nach Düsseldorf, Dr. Schuster von Cöln nach Elberfeld, Dr. Veit von Düsseldorf und Dr. Frankenstein von Danzig nach Essen, Dr. Schneider von Ennigerloh nach Holsterhausen, W. Veltkamp von Osterich nach Rheindahlen, Dr. Weidenpesch von Cöln nach Oberhausen, A. Lissauer und A. Mülberger von Düsseldorf nach Berlin bezw. Stuttgart, W. Windmüller von Elberfeld nach Greifswald.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. Henop von Schleswig, Dr. J. Meyer von Rendsburg, Dr. Foelsche von Göttingen, J. Albert von Oberreifenberg.

Bayern.

Auszeichnungen: Die Bewilligung zur Annahme und zum Tragen erteilt: dem praktischen Arzt Dr. O. Neustätter in Dresden für das ihm verliehene Ritterkreuz 1. Abteilung des Großherzogl. Sächsischen Hausordens der Wachsamkeit oder vom weißen Falken; für die Königl. Preußische Rote Kreuz-Medaille III. Kl.: dem Regierungs- und Kreismedizinalrat, Universitätsprofessor Dr. O. Messerer, dem prakt. Arzt, Stabsarzt a. L. Dr. med. F. Hölder in Ludwigshafen.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. M. Dischinger in Zusmarshausen nach Bergzabern, Med.-Rat Dr. H. Federschmidt in Ansbach nach Nürnberg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 13, Tauentzienstraße 7a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 50. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang · Berlin, 23. März 1912 No. 12

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

81. Jahrgang **Berlin, 23. März 1912** **No. 12**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Stieldrehung der Eierstockgewächse.

Vortrag, gehalten im Charlotttenburger Aerzte-Verein am 1. Februar 1912.

Von

Paul Bröse.

Meine Herren! Die beiden großen Geschwulstarten, welche an den weiblichen Geschlechtsorganen vorkommen, nämlich die Fibromyome des Uterus und die Eierstocksgewächse, unterscheiden sich in praktischer Beziehung wesentlich voneinander in bezug auf die Indikationsstellung, für die Operation. Während die Fibromyome des Uterus im allgemeinen nur eine relative Indikation für die Operation geben, das heißt die Operation nur erfordern, wenn sie Beschwerden machen (Blutungen oder Schmerzen, Druckerscheinungen usw.), machen die Ovarialtumoren immer die operative Entfernung notwendig, sobald sie diagnostiziert sind, da ihre Prognose ohne Operation ungünstig ist. Selbst kleinere Tumoren, welche gar keine Beschwerden machen, erfordern die baldige Operation. In einer großen Anzahl von Fällen ist es unmöglich, bevor man die Tumoren exstirpiert hat, zu entscheiden, ob die Geschwulst maligner Natur ist oder nicht. Der Prozentsatz der bösartigen Geschwülste des Eierstocks ist groß. Er beträgt ca. 26 pCt. aller Geschwülste, und die Diagnose, ob bösartig oder nicht, läßt sich sehr häufig erst nach der Exstirpation der Geschwülste durch die mikroskopische Untersuchung stellen. In einzelnen Fällen kann selbst die mikroskopische Untersuchung trügerisch sein. Mir sind schon mehrmals Fälle vorgekommen, in denen der pathologische Anatom den Tumor für gutartig erklärte und die trotzdem später an Rezidiven oder Metastasen zugrunde gingen.

Aber auch die wirklich gutartigen Eierstocksgeschwülste können, abgesehen davon, daß sie unbegrenzt wachsen und durch ihre Größe Beschwerden und Kachexie hervorrufen, ganz plötzlich Komplikationen erleiden, welche geradezu lebensbedrohend sind, wenn sie nicht sofort operiert werden.

Die Präparate, welche ich Ihnen hier demonstriere, stammen von zwei Patientinnen, welche derartige Komplikationen erlitten, und sind klassische Beispiele für die Gefährlichkeit der Eierstocksgeschwülste. Diese beiden Tumoren, der eine doppelfaustgroß, der andere fast manneskopfgroß, beide Dermoide, rühren von einer 30 Jahre alten Frau her, zu welcher ich am 2. XII. 11 mittags von Herrn Kollegen Sanitätsrat Dr. Flicek gerufen wurde. Die Patientin, welche einmal vor vier Jahren geboren hatte und regelmäßig menstruiert war, zuletzt am 13. XI., war, nachdem sie schon einmal vor 4 Wochen ziemlich heftige Schmerzen in der linken Fossa iliaca gehabt hatte, um 11½ Uhr vormittags ganz plötzlich wieder mit sehr heftigen Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes erkrankt. Bei der Untersuchung fühlte man den Uterus retroponiert und retrovertiert nach rechts hinüber gelagert. Rechts vorn vor dem Uterus fühlte man einen zweifaustgroßen empfindlichen Tumor, links oberhalb des Beckeneingangs eine fast manneskopfgroße prallelastische Geschwulst. Ich diagnostizierte einen doppelseitigen Ovarialtumor mit Stieldrehung und ordnete die sofortige Ueberführung der Kranken in meine Klinik an.

Am 3. XII. morgens früh Laparotomie. Der rechte Tumor von hellbläulicher Farbe zeigte keine Stieldrehung und wurde in typischer Weise entfernt. Der linke größere Tumor von dunkelschwarzer Farbe mit stark durchbluteter Cystenwand zeigte einen rechtsspiralig dreimal um seine Achse gedrehte Stiel; die linke Tube war mit torquiert, stark geschwollen, hochgradig gerötet und blutig imbibiert.

Eierstocksgewächs und Tube wurden exstirpiert. Die Kranke machte eine glatte Rekonvaleszenz durch und konnte am 13. Tage nach der Operation entlassen werden.

Die Stieltorsion der Eierstocksgewächse ist ein keineswegs seltenes Ereignis. Die Ursachen der Torsion sind mannigfaltige. Wenn die Torsion auch in vielen Fällen durch das Wachstum des Tumors an und für sich hervorgerufen resp. begünstigt sein kann, so kann dieselbe doch durch Zufälligkeiten, äußere Gewalt, plötzliche Körper-

bewegungen (Bücken, Tanzen, Fallen), Anstrengungen der Bauchpresse, endlich auch durch gynäkologische Untersuchungen herbeigeführt werden. Die Stieltorsion kann sich, wie es anscheinend auch in dem soeben beschriebenen Falle der Fall war, in mehreren Schüben vollziehen.

Wenn die Stieltorsion in anatomischem Sinne sehr oft gefunden wird, so kann von einer Stieltorsion im klinischen Sinne erst dann die Rede sein, wenn die Lymphgefäße und Blutgefäße, welche durch den Stiel dem Tumor zugeführt werden, komprimiert werden. Die Folge einer solchen Kompression ist, da die schlaffwandigen Venen eher komprimiert werden, als die Arterien, eine enorme Blutstauung in dem Tumor. Die Oberfläche des Tumors wird, wie unser Fall sehr schön zeigt, schwarzblau, die soliden Stellen des Tumors werden vollkommen von Blut durchsetzt, der Inhalt der Cysten mit Blut gemischt. Der Tumor schwillt enorm an und kann sehr leicht eine Ruptur erleiden; dann ergießt sich Blut in die Bauchhöhle und es kann sogar der Tod durch Verblutung eintreten. Häufiger kommt die Blutung zum Stehen und es treten Ernährungsstörungen des Tumors ein. Es kann zur vollkommenen Nekrose der Geschwulst kommen. Nicht selten bilden sich Adhäsionen mit der Umgebung und neue, dem Tumor Nahrung zuführende Gefäße. Sehr häufig tritt eine diffuse Peritonitis ein. Auf diese möchte ich noch näher eingehen, nachdem ich Ihnen das zweite Präparat demonstiert.

Diese beiden Tumoren, der eine faustgroß, der andere kindskopfgroß, beides Dermoide, stammen von einer 51 Jahre alten Wäscherin, die, nachdem sie vor 21 Jahren einmal geboren, jetzt seit zwei Jahren sich in der Menopause befindet. Dieselbe erkrankte am 19. XI. 1911 ganz plötzlich beim Wäschewaschen, als sie ein schweres Waschfaß hob, mit heftigen Schmerzen in der linken Seite des Leibes. Die Schmerzen hielten an, sie mußte sich ins Bett legen, sie begann zu fiebern, Stuhlgang und Winde gingen nicht mehr ab, sie bekam heftige Schmerzen beim Urinlassen, kein Erbrechen. Pat. wurde mir am 26. XI., also sieben Tage später, in die Klinik gebracht. Der Leib war aufgetrieben, sehr empfindlich, die Kranke fieberte leicht, 38,2 °, der Puls war gut 104; starker Panniculus. In der Nabelgegend wölbte sich ein Tumor stark vor, der bis über den Nabel reichte. Bei der vaginalen Untersuchung fand ich den Uterus nach links verlagert. Im Douglas fühlte man einen cystischen Tumor rechts neben dem Uterus, dessen obere Grenze bei der Empfindlichkeit des Leibes schwer zu bestimmen war.

Diagnose: Ovarialtumor mit Stieltorsion.

27. XI. Laparotomie. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich blutigseröse Flüssigkeit. Das Peritoneum viscerale und parietale ist stark gerötet. Rechts neben dem Uterus findet sich ein faustgroßer Tumor, dessen Stiel nicht gedreht ist. Er wird in typischer Weise entfernt. Bei der weiteren Untersuchung zeigen sich die linken Anfänge anscheinend normal. In der Nabelgegend nach oben bis drei Querfingerbreit unterhalb des Schwertfortsatzes, nach unten bis drei Querfingerbreit unterhalb des Nabels reichend findet sich ein kindskopfgroßer cystischer Tumor, der weder mit den Genitalorganen, noch mit sonst irgend einem anderen Organ zusammenhängt. Der frei in der Bauchhöhle liegende Tumor ist vollkommen in das stark entzündete und mit ihm verklebte Netz eingewickelt. Er wird herausgewälzt. Bei näherer Untersuchung findet man am linken Ovarium einen kurzen, dünnen Stiel, dessen in die Bauchhöhle ragende Querfläche nicht von Peritoneum überkleidet ist. Jetzt ist es klar, daß es sich um einen vom Ovarium losgerissenen gestielten Ovarialtumor handelt. Wahrscheinlich hatte schon früher einmal eine Stieltorsion stattgefunden, der Stiel war verdünnt, atrophisch geworden und bei der großen körperlichen Anstrengung, wie sie mit dem Heben des Waschfasses verbunden war, durchgerissen. Die Patientin ist dann glatt genesen.

Solche Fälle von vollkommener Losreißung eines Ovarialtumors nach Stieldrehung sind zwar schon in der Literatur beschrieben, aber immerhin sehr selten. Das Interessante an diesem Falle ist das Auftreten der diffusen Peritonitis. Solche Peritonitiden entstehen nach Stieldrehungen sehr häufig, auch nach Ruptur großer Cysten der Ovarialtumoren sind sie beobachtet. Die Peritonitis ist immer eine aseptische — niemals sind bisher Bakterien bei derselben nachgewiesen worden. Deshalb ist auch die Prognose gut, besonders wenn die Tumoren durch die Operation schleunigst entfernt werden. Einige Autoren erklären diese Peritonitis als Fremdkörperperitonitis. Diese Erklärung ist nicht richtig, denn Fremdkörper erregen nur eine lokale, nicht eine diffuse Peritonitis. Die Peritonitis ist als eine chemische aufzufassen, hervorgerufen durch Stoffwechselprodukte des der Resorption anheimfallenden Tumors. Schröder war der erste, der diese Ansicht aussprach; er glaubte nach dem damaligen Stande der biologischen Chemie in den Ptomainen die Ursache der Entzündung erblicken zu müssen. Sicher sind es Abbauprodukte des menschlichen Eiweißes, welche giftig und entzündungerregend wirken. Es tritt eine Ueberempfindlichkeit des Organismus, eine Anaphylaxie gegen das arteigene Eiweiß ein. Es können nach Stieltorsionen, besonders wenn sie nicht rechtzeitig operiert werden, schwere Autointoxikationen auftreten, an denen die Menschen schnell zugrunde gehen. Ich selbst konnte der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin über zwei Fälle von schwerer parenchymatöser Nephritis nach Stieldrehung berichten, von denen der eine nach der Operation genas, der andere aber, trotzdem die Peritonitis nach der Operation ausheilte, infolge der schweren Nephritis an Urämie zugrunde ging.

Ich erinnere daran, daß ähnliche Vorgänge leichterer Natur auch bei anderen Krankheitsverhältnissen vorkommen, wenn es sich für den Körper darum handelt, größere Mengen arteigenes Eiweiß aufzusaugen. Fieber und örtliche Reizung entstehen z. B. nicht selten bei der Resorption größerer Blutergüsse nach einfachen Knochenbrüchen. Auch große Blutergüsse in die Bauchhöhle, wie sie nach der Ruptur von Tubenschwangerschaften oder nach Operationen eintreten, können schwere Intoxikationserscheinungen hervorrufen.

Ich möchte endlich noch darauf hinweisen, daß in der Literatur auch ein Fall von akuter gelber Leberatrophie und Fälle von Hämoglobinurie als Folgen der Autointoxikation infolge von Stieltorsion beschrieben sind.

Nicht unerwähnt möchte ich endlich lassen, daß auch noch nachträglich die stielgedrehten Tumoren durch Einwanderung von Bakterien vom Darm oder vom Blut aus verjauchen und zu septischen und pyämischen Zuständen Veranlassung geben können.

Aus diesen Ausführungen folgt notwendig, daß jeder Ovarialtumor, sobald er erkannt ist, operiert werden soll. Eine Stieltorsion erfordert die sofortige Operation.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließl. Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

Stabsarzt Dr. **Bofinger** (Stuttgart): **Darmkatarrhe und Paratyphusinfektionen im XII. (K. W.) Armeekorps.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 4.)

Im kgl. württembergischen Armeekorps sind nach der Armeestatistik akute Darmkatarrhe etwa doppelt so häufig wie in der übrigen deutschen Armee; die Behandlungsdauer liegt zwischen 3,4 und 7,3 Tagen; die Zahl der Todesfälle ist für die Darmkatarrhe gering, für die Brechdurchfälle beträgt sie etwa 1,3 pCt. Bei der Wichtigkeit dieser Erkrankungen war es geboten, ihre Aetiologie durch ausgedehntere klinische und bakteriologische Untersuchungen aufzuklären zu suchen. Verf. untersuchte daher in der Garnison Stuttgart eine Reihe von Monaten hindurch möglichst viele akute Darmkatarrhe und Brechdurchfälle bakteriologisch, besonders um festzustellen, wie oft sich bei ihnen die bekannten Fleischvergiftungsbakterien (Bacillus Paratyphi B und Gärtner) nachweisen lassen. Das Ergebnis war, daß in der Mehrzahl der zur Untersuchung gelangten Fälle sich Fleischvergiftungsbakterien (meist Paratyphus B) nachweisen ließen. Außer der gastroenteritischen Form der Erkrankung kommt auch, wie auch frühere Untersucher feststellen konnten, eine typhöse Form vor, welche klinisch große Aehnlichkeit mit dem echten durch Eberthschen Bacillus hervorgerufenen Abdominaltyphus hat. In epidemiologischer Hinsicht ist zu bemerken, daß sowohl Massenerkrankungen vorkamen wie auch Einzelerkrankungen und solche in kleineren Gruppen. Bei der gastroenteritischen Form ist die Aussicht auf positiven Bacillenbefund um so größer, je frühzeitiger die Untersuchung der Entleerungen stattfindet. Die Bacillen scheinen vom 12. Krankheitstage an in den meisten Fällen aus den Stühlen zu verschwinden. Zwar sind Kontaktinfektionen selten, trotzdem ist nach Verf. zu fordern, daß man solche Kranke nicht vor dem 12. Tage aus der Behandlung entlassen soll, und auch dann nur, wenn eine mindestens einmalige Untersuchung des Stuhles negativ ausgefallen

ist. Bei der typhösen Form sind die Bacillen meist bis zum 30. Tage in den Entleerungen nachzuweisen, dann beginnen sie fast ausnahmslos aus dem Stuhlgang zu verschwinden, mit Ausnahme einzelner Fälle (sogen. Bacillenträger), in denen sie noch Monate hindurch ausgeschieden werden. In der Praxis sind derartige Kranke wie Typhuskranke zu behandeln, d. h. sie dürfen erst nach mindestens zweimaliger bakteriologischer Untersuchung der Entleerung aus der Behandlung entlassen werden. In einigen Fällen wurden als Erreger der Darmkatarrhe kulturell und durch Serumuntersuchung einige vom gewöhnlichen Typus abweichende Bakterien nachgewiesen. Die durch Paratyphus B- und Gärtnerbacillen hervorgerufenen Erkrankungen beruhen meist auf dem Genuß infizierter Fleischwaren (Wurst etc.); die Disposition für die Erkrankungen wird wohl durch Erkältungen, Diätfehler etc. erhöht. Das betreffende Fleisch stammt der Hauptsache nach von kranken Tieren. Zur Verhütung dieser Erkrankungen ist die veterinärärztliche strenge Untersuchung der Schlachttiere nötig. Außerdem muß die nachträgliche Infektion von gesundem Fleisch verhütet werden. Große Aufmerksamkeit ist auch der Herstellung der Wurstwaren zuzuwenden.

Dr. **G. Mertens** (Bremen): **Ueber Peritonitis purulenta ascendens.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 5.)

Riedel hat vor einigen Jahren über 10 Fälle von „Peritonitis bei kleinen Mädchen infolge von akuter Salpingitis" berichtet; in diesen Fällen war die Infektion vom Genitalschlauch aus nach oben zum Peritoneum gegangen; alle 10 Fälle wurden operiert und starben; später wurde aus der Riedelschen Klinik noch ein analoger Fall mitgeteilt, in welchem durch Operation Heilung erzielt wurde. Verf. berichtet über 5 analoge Fälle. Es handelt sich um kleine Mädchen von 2 bis 11 Jahren. Von den 5 Fällen wurden 3 durch die Operation geheilt, die beiden anderen starben. Allen war gemeinsam, daß der Infektion des Peritoneums ein entzündlich-eitriger Prozeß an den Genitalien unmittelbar vorausging resp. mit derselben einherging. Der Beginn der Erkrankung war in 2 Fällen akut, in 2 anderen begann die Erkrankung chronisch, in einem Falle war über den Beginn der Erkrankung nichts zu eruieren. In 4 Fällen wurden die Kinder unter der irrtümlichen Diagnose „Appendicitis" in das Krankenhaus aufgenommen und operiert; nur in einem Falle war die Diagnose vorher richtig gestellt. In sämtlichen Fällen fanden sich entweder Kratzeffekte an den äußeren Genitalien, oder eitriger Ausfluß aus der Vagina, oder Salpingitis. Offenbar waren also durch Infektion von außen die inneren Genitalien (Vagina, Uterus, Salpinx) allmählich eitrig erkrankt und dann die Infektion in das Peritoneum gedrungen. Bei 3 Kindern war anamnestisch genau zu eruieren, daß dieselben längere Zeit vor dem Beginn der Erkrankung über Juckreiz an den Genitalien geklagt und sich oft gekratzt hatten; bei einem Kinde konnten im Stuhl Oxyuren nachgewiesen werden. Wahrscheinlich ist der Vorgang der Infektion folgender: Die Kinder haben starken Juckreiz an den äußeren Genitalien, wohl meist infolge von Oxyuren; durch das häufige Reiben und Kratzen werden an den äußeren Genitalien und der Vulva Wunden gesetzt, die leicht infiziert werden. Die Bakterien vermehren sich und gelangen entweder von selbst aus der Vulva weiter aufwärts, oder sie werden durch das Kratzen höher hinaufbefördert; möglicherweise sind auch die Oxyuren an der Verschleppung der Bakterien beteiligt. — Was die Therapie anlangt, so ist es ratsam, in jedem Falle sofort die Bauchhöhle auf beiden Seiten breit zu eröffnen und bis in den Douglas zu tamponieren. Zu gleicher Zeit muß die Eiterung an den Genitalien in Behandlung genommen werden, um Nachschübe von Bakterien zu verhindern; schließlich müssen die Oxyuren beseitigt werden.

Dr. **Hermann Meyer** (Berlin): **Der Einfluß von Soda auf die Wassermannsche Reaktion.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)

Nach Feststellungen des Verfassers hat Soda keine hämolytische Wirkung, vielmehr bewirkt es in größeren Mengen eine sehr intensive Hemmung der Hämolyse. Man darf daher beim Auskochen der Spritze, welche zur Blutentnahme aus der Vene dient, das Wasser mit Soda versetzen und zur Ausführung der Reaktion die physiologische Kochsalzlösung der Pharmakopöe (Ed. IV) benutzen, da die dabei in Betracht kommenden Quantitäten von Soda für die Wassermannsche Reaktion keine Rolle spielen.

Dr. **Julius Müller** (Wiesbaden): **Der Einfluß der Therapie auf die Wassermannsche Reaktion bei Spätsyphilis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)

Verf. prüfte in den letzten Jahren an seinem Material die Einwirkung der spezifischen Behandlung auf die Wassermannsche Reaktion bei Spätsyphilis. Es handelte sich um Fälle, deren Infektion um 4—50 Jahre zurückliegt. Die Feststellung der Wassermannschen Reaktion wurde in dem Ehrlichschen Institut für experimentelle Therapie (Abteilung des Prof. Sachs) vorgenommen, muß also als durchaus einwandfrei gelten. Von im ganzen 57 Fällen zeigten 40 vor Beginn der Behandlung eine positive Reaktion, aber keine akuten klinischen Symptome, zum Teil jedoch Residuen einer abgelaufenen Hirnsyphilis etc.; 17 Patienten boten bei positiver Wassermannscher Reaktion tertiäre Haut- oder Schleimhautaffektionen oder Erkrankungen des Gefäß- oder Nervensystems. Von den erstgenannten 40 Fällen blieben nach der Kur 8 positiv, von den 17 Fällen blieben 4 positiv, die übrigen wurden alle negativ. Also bei den Fällen ohne klinische Erscheinungen wurde bei 80 pCt., und bei denen mit klinischen Erscheinungen bei 77 pCt. durch eine Kur die vorher positive Reaktion negativ. Verf. sieht die Ursache dieses verhältnismäßig sehr günstigen Ergebnisses in der Art und Weise der von ihm angewandten Behandlung, und zwar erstens wendet er höhere Dosen von Hg als bis jetzt allgemein üblich an, und zwar stetig steigend; 2. betont er die Kombination mit steigenden Joddosen; 3. Heranziehung physikalischer Methoden zur Herbeiführung eines erhöhten Stoffwechsels; 4. hygienisches Verhalten während der Kur, besonders, wenn möglich, Alkoholabstinenz. — Als Hg-Kur wurde fast ausschließlich die altbewährte Einreibungskur angewendet; nur bei Fällen mit tertiärer Lues wurden meist bei Beginn 2,40 proz. Kalomel- oder Salicylquecksilber-Injektionen gegeben. Der Vorteil der Inunktionskur ist, daß man bei den einzelnen Patienten je nach der Toleranz die Dosen allmählich steigern kann. Verf. fing mit 2—4 g pro die an und stieg bei einzelnen bis auf 10 und 12 g pro die; in zwei Fällen wurde daneben noch eine Enesolinjektion pro die hinzugefügt. Diese Methode hat den Vorzug, daß keine Depotwirkung erfolgt. Nach Verf. sind etwa 40 Einreibungen einer Kur von 10 Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate gleichwertig. Von Wichtigkeit ist die Kombination der Inunktionskur mit Jod. Was die Dosierung betrifft, so begann Verf. im allgemeinen mit 2 g Jodkali täglich und stieg meist auf 5—6, in seltenen Fällen auf 8—10 g täglich. Wo es sich ermöglichen ließ, gab Verf. einige Wochen lang vor Beginn der Inunktionskur Jod, um so den Boden für den Angriff des Hg vorzubereiten. Die physikalische Therapie bestand, soweit nicht organische Veränderungen des Herzens oder des Gefäßsystems eine Gegenindikation bildeten, in der Verabreichung von Kochbrunnenbädern mit nachfolgendem 1- bis 2 stündigen Schwitzen. Diese wurden bei Beginn täglich, dann jeden zweiten Tag und zum Schluß jeden dritten Tag gegeben. Begonnen wurde mit 35° C. und allmählich auf 40° C. gestiegen. Im allgemeinen wurden bei durchschnittlich 35 Injektionen 20—25 Bäder verabreicht. Die gleichzeitige Anwendung von Bädern ermöglicht, höhere Dosen von Hg zu geben. — Nach Verf. hat eine einmal erzielte negative Reaktion bei Spätlues nicht die Neigung, bald wieder umzuschlagen; die Fälle von Spätlues, die zwei Jahre hintereinander negativ reagierten, reagieren im allgemeinen auch im dritten negativ. Es gibt allerdings auch Grenzfälle, die einmal schwach positiv und dann wieder negativ reagieren.

Dr. **Hugo Pribram** und Dr. **Julius Löwy** (Prag): **Ueber das stickstoffhaltige Colloid des Harnes.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 5.)

Unter den stickstoffhaltigen Substanzen im Urin findet sich ein Harncolloid, auf welches besonders Salkowski in neuerer Zeit die Aufmerksamkeit gelenkt hat; er hat auch eine einfache, für klinische Untersuchungen hinreichend genaue Bestimmungsmethode durch die Fällung des Colloids mit Alkohol oder Metallsalzen (Pb, Zn) und nachheriger N-Bestimmung angegeben. Er hat u. a. gefunden, daß besonders bei Carcinomen die Menge von Colloidstickstoff vermehrt ist. Seitdem haben sich verschiedene andere Autoren mit dem Gegenstande beschäftigt. Die Verfasser haben in der Prager medizinischen Klinik über das Vorkommen des Harncolloids bei Gesunden und Kranken Untersuchungen angestellt, deren Ergebnisse sie in folgenden Sätzen zusammenfassen: 1. Die Colloidvermehrung ist durchaus nicht charakteristisch für das Vorhandensein eines malignen Tumors. 2. Die Colloidausscheidung ist besonders bei Sekretionsstörungen der Verdauungsorgane geändert und dürfte hier wohl mit der Störung des Abbaues des Nahrungseiweiß zusammenhängen. 3. Erkrankungen der Leber und der Niere führen aber nicht immer zur Colloidvermehrung. 4. Die bisher von uns beobachteten akuten fieberhaften Erkrankungen führten wahrscheinlich infolge des erhöhten toxischen Eiweißzerfalls zur vermehrten Colloidausscheidung. 5. Bei Erkrankungen, beruhend auf Störungen der inneren Sekretion (Morbus Basedowii, Adipositas cerebro-genitalis) sind im allgemeinen die Werte leicht erhöht. 6. Bei Diabetes insipidus findet sich in ziemlich erhöhtem, bei Diabetes mellitus in enormem Maße vermehrt das stickstoffhaltige Harncolloid vor.

Dr. **Fr. Koelsch**, kgl. Landesgewerbearzt in München: **Ueber gewerbliche totale Argyrie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)

Bekanntlich kann die medikamentöse Anwendung von Silberpräparaten durch Resorption und nachträgliche Reduktion der Silbersalze zur Argyrie führen. Man unterscheidet eine

lokale Argyrie, bei der eine Gewebeimprägnierung in der weiteren Umgebung von mit Silberverbindungen (Höllenstein) örtlich behandelten Körperstellen besteht, und eine Argyria universalis, eine Silberimprägnierung des ganzen Körpers, die früher nicht sehr selten war, als noch Silberverbindungen intern bei Epilepsie, Tabes etc. angewendet wurden. Außer diesen medikamentösen Argyrien kennt man auch gewerbliche Argyrien, und zwar lokale und totale. Die Argyria localis disseminata entsteht dadurch, daß bei der Silberbearbeitung kleinste Metallteilchen abspringen und sich in die Haut der Arbeiter (besonders an Händen und Armen) einbohren. Die eingesprengten Partikelchen werden allmählich im Gewebe gelöst zu Silberalbuminat, dieses wird in der Umgebung verschwemmt und dort wieder zu Silber reduziert. Man findet dann stecknadelkopf- bis hirsekorngroße, evtl. bis 1,5 cm große schwarzblaue Flecken an der Haut und in deren Zentrum die Reste des Silbersplitters, von ihm radiär ausstrahlend ein Netzwerk von feinsten Silberkörnchen, die auf den elastischen Fasern des Corium niedergeschlagen sind. Universelle gewerbliche Argyrien wurden zuerst bei Arbeitern in Böhmen beobachtet, die mit dem Versilbern von Glasperlen beschäftigt waren, wobei eine Lösung von Argent. nitr., Ammoniak und Kalilauge mittels Milchzuckerlösung reduziert wird. Es können beim Ansaugen der Lösung Spuren derselben in den Mund des Arbeiters gelangen und so im Laufe der Jahre zur Argyrie führen. — Auch die Einverleibung von kleinsten Mengen metallischen Silbers aus der Staubluft der Arbeitsräume oder durch die mit Silberteilchen beschmutzten Finger kann universelle Argyrie hervorrufen. Verf. beobachtete zwei derartige Fälle bei Blattsilberbeschneiderinnen, welche die von den Silberschlägern ausgeschlagenen dünnen Silberplättchen aus den sogen. Formen (Goldschlägerhäutchen) herausnehmen, beschneiden und in „Bücher" einlegen. Die betreffenden Arbeiterinnen sind 27 und 50 Jahre alt und seit ihrem 14. Lebensjahre als Blattsilberbeschneiderinnen beschäftigt. Die Haut der unbedeckten Körperteile, besonders des Gesichts, weniger der Arme und Hände, erscheint silbergrau und metallglänzend; auch die sichtbaren Schleimhäute (Bindehaut, Mund, Zahnfleisch etc.) sind verfärbt, ebenso die Haut der bedeckten Körperstellen, wenn auch in geringerem Grade. Bei der älteren Arbeiterin ist die Verfärbung intensiver als bei der jüngeren. Die Verfärbung beruht auf einer Imprägnierung der Gewebe mit feinsten Silberkörnchen. Bei Personen mit universeller Argyrie sind auch alle inneren Organe, außer Hirn und Rückenmark, mit Silber imprägniert, und zwar findet sich die Silbereinlagerung hauptsächlich an den bindegewebigen Stützsubstanzen. Eine Ausscheidung von Silber durch die Nieren scheint nicht stattzufinden. — Verf. suchte dann noch einen Anhaltspunkt für die durch Verstaubung evtl. einverleibten Silbermengen zu gewinnen. Es wurde von verschiedenen Stellen des betreffenden Arbeitsraumes Staub gesammelt; die Analyse ergab 0,3 mg Silber auf 1 g Staub (0,03 pCt.). An den Händen von Arbeiterinnen konnte kein Silber qualitativ nachgewiesen werden. Die Argyrie scheint also wesentlich durch den eindringenden Staub zu entstehen. Beide Arbeiterinnen sind blond; schon Hebra hielt Blondinen für Argyrien als besonders disponiert; bei beiden Personen trat die Argyrie im Anschluß an Bleichsucht mit Magenbeschwerden (Ulcus ventriculi?) auf. Auffallenderweise zeigten viele andere unter den gleichen Bedingungen beschäftigte Arbeiterinnen keine Argyrie. Eine Heilung der universellen Argyrie ist ausgeschlossen; eine geringe Aufhellung kann eintreten, wenn für absolute Vermeidung weiterer Silberzufuhr in den Körper gesorgt wird. Prophylaktisch kommt die sofortige dauernde Entfernung aus der Silberarbeit in Betracht, sowie sich am Zahnfleisch (Silbersaum) die ersten Symptome der Argyrie bemerkbar machen.

R. L.

Hautkrankheiten.

Dr. **P. G. Mesernitzky** (St. Petersburg-Paris): **Ueber den zerstörenden Einfluß der Radiumemanation auf die Haut.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)

Man glaubte anfangs, daß die Radiumemanation ein in bezug auf den tierischen Organismus indifferentes Gas sei. Diese Ansicht mußte aufgegeben werden, nachdem der verderbliche Einfluß der Radiumemanation auf verschiedene Tiere erwiesen war. Auf den Menschen können sogar schwache Dosen bisweilen einen unerwünschten Einfluß ausüben, wie Verf. auf Grund eigener Beobachtungen sowie auf Grund anderweitiger Berichte hervorhebt. Starke Dosen können auf die Haut selbst bei relativ sehr geringer Berührung mit ihr zerstörend wirken, wie Verf. an einigen im Laboratorium der Frau Curie in Paris arbeitenden Personen beobachten konnte. Die betreffenden Herren hatten mit Emanation zu arbeiten, die in Glasröhrchen resp. in einem Glasballon eingeschlossen war, wobei sie die betreffenden Behälter zuweilen 5 Minuten, zuweilen noch länger mit den Fingern zu halten hatten. Die Mengen von Emanation waren derartige, wie sie 50—130 mg Radium im Zustande des Gleichgewichts ausstrahlt (was 100 bis 300 Millionen Macheeinheiten entspricht). Bei dem einen Herrn entstand eine nekrotisierende Dermatitis an den sämtlichen Fingerspitzen, mit Eiteransammlung an den Endphalangen beider Daumen. Die ganze Erkrankung dauerte, einschließlich des Inkubationsstadiums von 14 Tagen, bis zur völligen Heilung 5 Wochen. Eine ähnliche Dermatitis, aber ohne Eiterbildung, wurde bei zwei anderen Herren beobachtet. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Prof. Dr. **W. Stoeltzner** (Halle a. S.): **Fibrolysin bei Lungenschrumpfung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)

Bei einem 7 jährigen Knaben hatte sich im Anschluß an eine Pneumonie des rechten Unterlappens innerhalb 4 Wochen eine deutliche Schrumpfung der rechten Thoraxhälfte, mit Verbiegung der Brustwirbelsäule nach links, ausgebildet. Zur Beseitigung dieser Schrumpfung wurde Fibrolysin angewendet. Das Kind erhielt im Verlauf von 3 Wochen den Inhalt von 10 Merckschen Ampullen subkutan zwischen die Schulterblätter eingespritzt. Während dieser 3 Wochen wurde das Kind, welches vorher noch mäßiges, unregelmäßiges Fieber gehabt hatte, fieberfrei und nahm 2200 g an Gewicht zu; 1 Monat nach der letzten Fibrolysineinspritzung hatte das Kind um weitere 1800 g zugenommen, Dämpfung und Bronchialatmen waren verschwunden und von Schrumpfung des Thorax und von Skoliose war nichts mehr zu finden. Das Kind kann also als völlig geheilt gelten. Rothschild hat als erster Fibrolysin in derartigen Fällen angewendet; er betrachtet das Fibrolysin als souveränes Mittel zur Lösung von Pleuraverwachsungen und zur Beseitigung schrumpfender Schwarten. R. L.

Dr. **Felix Wolf**, Spezialarzt f. Haut- und Geschlechtskrankheiten in Berlin: **Ueber den Wert des Allosans in der Praxis.** (Die Therapie der Gegenwart, 1912, H. 2.)

Das von den Vereinigten Chinin-Fabriken Zimmer & Co in Frankfurt a. M. in den Handel gebrachte Allosan ist der Allophansäureester des Santalols und bildet feine, weiße Kristalle, welche luftbeständig sind, nicht schmecken und nur ganz schwach nach Santalol riechen. Es ist in Wasser unlöslich, schwer löslich in Alkohol, Aether und Chloroform. Der Santalolgehalt beträgt 72 pCt. Ein großer Vorzug vor dem öligen Balsamicis ist die feste Form, in die zum ersten Male das Sandelöl gebracht ist und die eine bequeme und genaue Dosierung ermöglicht. Verf. wandte Allosan in ca. 20 Fällen von akuter und subchronischer Gonorrhoe sowohl der Pars anterior, wie posterior urethrae und bei Cystitis an, die zum Teil mit Prostatitis und Epididimitis kompliziert waren; ebenso bei akut rezidivierten chronischen Gonorrhöen. Bei chronischen Gonorrhöen im Ruhezustand hält Verf. alle internen Mittel für zwecklos, da er sich von solchen eine Wirkung auf alte Narben und eingekapselte Gonokokkenherde in der Prostata nicht gut vorstellen kann. In solchen Fällen hilft nur eine mechanische resp. chirurgische Behandlung. Daß sie Gonokokken abtöten und sogar durch narbiges Gewebe hindurch, kann kein Mensch behaupten. Der Zweck aller innerlichen Behandlung ist: die durch die Entzündung der Schleimhäute der Harnwege entstandenen Beschwerden zu mildern und die Sekretion anzuregen, um so mit dem Sekret die Bakterien aus dem Körper herauszubefördern. In vorliegender Arbeit berichtet Verf. über einige Fälle, die er in den letzten Wochen in seiner Praxis zu beobachten Gelegenheit hatte und die er zum Teil kürzere oder längere Zeit hindurch nebenher mit Allosan behandelte. In keinem Falle hatte er unangenehme Nebenwirkungen, wie er sie sonst bei allen Balsamicis mehr oder minder beobachtete; nie wurde über Magendrücken, Aufstoßen, Appetitlosigkeit, Rückenschmerzen geklagt, obwohl er bei seinen Fragen an die Patienten stets ausdrücklich darauf aufmerksam machte. Und dieses scheint Verf. neben der anderen Wirksamkeit dem Allosan seinen besonderen Wert zu geben. Während bei anderen Mitteln die Patienten oft nach kurzer Zeit das weitere Einnehmen verweigerten, ist Verf. das bei Allosan nie passiert. Ferner fiel ihm auf, daß sich bei der Behandlung mit Allosan die Dauer des Ausflusses und der Trübung des Urins wesentlich verkürzte und daß alle Schmerzen bei der Miktion und bei den nächtlichen Erektionen fast stets wenige Tage nach dem Gebrauch des Allosans aufhörten.

Dr. **Karl Hermann Schirmer**, Gemeinde- und Herrschaftsarzt (Riegersburg, N.-Oe.): **Zur Behandlung der Magen-Darmstörungen bei künstlich ernährten Säuglingen.** (Wiener medizin. Wochenschrift, 1911, No. 39.)

Verf. berichtet über systematische Versuche, die er an einem größeren Säuglingsmaterial mit einem modernen Darmadstringens, dem Tannalbin, angestellt hat. Er verfügt über 44 Fälle. Es handelte sich um künstlich ernährte Kinder, die sämtlich in ungünstigen hygienischen Verhältnissen lebten. Das Tannalbin wurde stets erst nach gründlicher Entleerung

des Darmtraktes durch Kalomel verabfolgt. Verf. verwendete das Präparat stets in Tabletten und gab, wie allgemein üblich, Kindern bis zu drei Monaten drei- bis viermal täglich 0,3 g, älteren Säuglingen 0,5 g. Irgendeine schädliche Nebenwirkung war niemals zu bemerken. Das Präparat wurde, in zerriebenem Zustande dem Flascheninhalte beigemischt, von den Säuglingen stets genommen. Die Dauer der Kur betrug mindestens zwei Wochen, meist drei bis vier Wochen, wobei in der letzten Woche die Dosis auf die Hälfte restringiert wurde. Das Material verteilt sich wie folgt: 13 Fälle von Dyspepsie, 22 Fälle von Cholera infantum, 9 Fälle von Dickdarmkatarrh. Alle Kinder waren Flaschenkinder und wurden auch nach überstandener Krankheit mit verdünnter Kuhmilch weiter ernährt. Die 13 Fälle von Dyspepsie sind alle genesen. Rezidive traten in 4 Fällen auf, in 2 Fällen kam es noch zu einer dritten Attacke, die sich wiederum erfolgreich mit Tannalbin-Kalomel bekämpfen ließ. Wirkung auf den Stuhl: Es wurde sowohl auf die Veränderung der Farbe, der Konsistenz, wie der Schleimbeimengung während der Kur genau geachtet. Am frühesten ließ sich ein Einfluß auf die Farbe des Säuglingsstuhles konstatieren. Der grünliche Farbenton schwand in den meisten Fällen nach zwei bis drei Tagen. In vier Fällen bestanden ausgesprochene Fettstühle, die in drei bis vier Tagen zur Norm zurückkehrten. Die Konsistenz des Stuhles wurde im Durchschnitt nur zwei bis drei Tage später deutlich beeinflußt; zu dieser Zeit wurde er fast ausnahmslos salbenförmig. Der Schleimgehalt kehrt ungefähr gleichzeitig (nach vier bis sechs Tagen) zur Norm zurück. Die Zahl der Stühle nahm ganz allmählich ab und erreichte gewöhnlich schon nach vier bis sechs Tagen die Norm. Bei neun Kindern bestand Erbrechen, das in den meisten Fällen sehr hartnäckig war und eine starke Gewichtsabnahme bedingte. Es verschwand während der Tannalbinkur in durchschnittlich einer Woche. Der Einfluß auf das Körpergewicht war in fast allen Fällen offensichtlich. Unverkennbar war auch die Besserung des subjektiven Befindens, die dadurch zu lebhaftem Ausdruck kam, daß Kinder, die durch fast beständiges Schreien sich und ihre Umgebung wochenlang gequält hatten, nunmehr in normalen Intervallen ungestört schliefen. Von den 22 Fällen der gefürchteten Cholera infantum mit durchweg schweren Symptomen heilten bei Tannalbinanwendung 20 vollständig aus. Zwei Kinder starben im Beginne der Kur, beide an hypostatischer Pneumonie. Von der Wirkung auf die einzelnen Symptome ist besonders die prompte und eklatante Beeinflussung des Stuhlbildes hervorzuheben. Wie bei den Dyspepsiefällen trat auch hier zuerst die Veränderung der Farbe hervor, meist am dritten bis vierten Tage; ihr folgte die Konsistenzveränderung zur Salbenform (am sechsten bis siebenten Tage); ungefähr gleichzeitig sank die Zahl der Stühle zur Norm. Das Erbrechen sistierte gleichfalls mit großer Promptheit. Auch die Respirationsbeschleunigung und gelegentliche Erregungszustände wurden anscheinend günstig beeinflußt. Kollapserscheinungen gingen wieder zurück. Mit großer Regelmäßigkeit begann das Körpergewicht in durchschnittlich zwei bis drei Wochen anzusteigen. Von den 9 Fällen von Dickdarmkatarrh heilten 7 unter Tannalbinbehandlung vollständig aus; 2 Kinder starben, beide an Pneumonie. Alle Fälle gingen mit blutigen Stühlen und hochgradigem Tenesmus einher. Die Veränderung des Stuhlbildes dauerte hier länger als bei den obenerwähnten Fällen; immerhin genügte eine längstens 3 wöchige Tannalbinkur, um fast normale Stuhlverhältnisse zu erzielen. Diese Erfahrungen bestätigen jene von Rey. Anhangsweise erwähnt Verf. noch, daß er das Präparat auch bei verschiedenen Darmaffektionen Erwachsener mit Erfolg verwendet hat, so namentlich in zwei Fällen von Durchfällen bei Phthisikern.

Verf. möchte das Anwendungsgebiet des Tannalbins noch um eine Indikation erweitern. Bei einer im verflossenen Frühjahr herrschenden Influenzaepidemie mit vorwiegend gastrointestinalen Erscheinungen konnte er sich von der guten Wirkung des Präparates bei den oft sehr hartnäckigen Darmsymptomen überzeugen und möchte auf Grund seiner Erfahrungen an ca. 50 Fällen das Präparat bei Influenza mit gastrointestinalem Typus empfehlen. Kr.

Dr. **Erich Glombitza** (Herzberge bei Berlin): **Beiträge zur Wirkungsweise des Schlafmittels Adalin.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 6.)

Verf. prüfte die therapeutische Wirkung des Adalins (Bromdiäthylacetylcarbamid) an Kranken der Frauenabteilung der Irrenanstalt Herzberge. Das Mittel wurde, da an sich geschmacklos, meist mit dem Essen vermischt, bei vielen Patienten auch im Brotbelag gegeben, und zwar früh um 8 Uhr, mittags um 12 Uhr, abends um 6 Uhr. In den leichteren Fällen hysterischer, manischer, hebephrenischer, imbeciller und senildementer Erregungszustände wurde 1 g pro die gegeben, je 0,5 g mittags und abends. Die hypnotische Wirkung des Mittels war in den Fällen einfacher Agrypnie besonders der Hystero-Neurastheniker gut. Die Dosis von 0,5 g bahnte meist einen 6- bis 7 stündigen Schlaf an, aus dem die Pat. frisch und ohne Nebenerscheinungen erwachten. Die sedative Wirkung war in dieser Dosis nur in den leichtesten Fällen motorischer, zum Teil auch halluzinatorischer Unruhe befriedigend. Nützliche Dienste leistete das Adalin bei Klagen der Hysterischen über allerhand Sensationen und Unlustgefühle; hier genügten meist 0,5 g. Als Sedativum bei mittelschweren Fällen genügten im allgemeinen 2 g pro die, je 0,5 früh und mittags, abends 1 g. In dieser Dosierung leistete das Adalin vorzügliche Dienste, eventuell in Kombination mit Dauerbad resp. Paraldehyd, in allen Fällen von leichter bis mäßig schwerer halluzinatorischer und motorischer Erregtheit, besonders solcher der Dementia-praecox-Gruppe, der Dementia senilis, der Hysterie, der Manie, bei depressiven Angstzuständen und der Imbecillität. Bei schwerer Erregtheit, besonders halluzinatorischen Ursprungs, versagt das Adalin dagegen auch bei Anwendung hoher Dosen. Als Vorzüge des Adalins hebt Verf. hervor: 1. fast völlige Geschmacklosigkeit, 2. rasche Ausscheidung, 3. Fehlen der Angewöhnung. Als Nachteile nennt er: 1. eine gewisse Unregelmäßigkeit der Wirkung bei länger fortgesetzter Darreichung höherer Dosen, 2. die Möglichkeit des Auftretens von Intoxikationserscheinungen, besonders bei Kombination mit anderen Medikamenten (Verf. hat drei derartige Fälle beobachtet; es handelte sich jedoch nur um vorübergehende Intoxikationserscheinungen ohne bleibende Schädigung), 3. den zu hohen Preis, welcher der allgemeinen Anwendung des Adalins in Irrenanstalten hinderlich sein dürfte. R. L.

Spezielle örtliche Therapie.

Dr. **W. Lüth** (Thorn): **Zur lokalen Therapie des Ulcus venereum.** (Monatshefte für praktische Dermatologie, 1911, Band 53, No. 1.)

Verf. machte bei Versuchen mit Mucosan bei Gonorrhoe die Beobachtung, daß die eitrige Sekretion in wenigen Tagen aufhört: er übertrug das auf die Behandlung von Ulcera und sah, daß die mit dem Pulver bestreuten Geschwüre sich in überaus kurzer Zeit reinigten und dementsprechend schnell zur Heilung kamen. Verf. verband daher diese Pulverbehandlung mit der sonst üblichen Therapie des Ulcus durum in folgender Weise: Er ätzt den Primäraffekt mit reiner Karbolsäure und bestreut ihn darauf dick mit Mucosan; eventuell wiederholt er das Einpudern am zweiten und dritten Tage. Regelmäßig sieht man dann in sehr wenigen Tagen, bisweilen schon nach 24 Stunden, den Belag verschwinden, worauf die Heilung erfolgen kann. Einen Vorzug des Verfahrens sieht Verf. neben der schnellen Heilung namentlich darin, daß das gesamte infiltrierte Gewebe zerstört wird: der dadurch entstehende, oft recht große Substanzverlust füllt sich sehr schnell aus und die Wunde heilt immer im Niveau der Umgebung. Es scheint Verf., daß diese Behandlung dasselbe leistet, wie die Exzision, aber vor dieser den Vorzug hat, daß sie überall angewandt werden kann. Seit Januar d. J. verwendet Verf. bei frischen Primäraffekten zur ersten Allgemeinbehandlung das französische Arsenpräparat Hektin, wodurch die Sklerose meist in drei bis vier Tagen heilt, so daß eine Lokalbehandlung nicht nötig ist; aber in den Fällen, in denen die Injektionskur hinausgeschoben werden muß, und beim weichen Schanker ist die Behandlung mit Mucosan sehr zu empfehlen. Kr.

Dr. **Arnold Löwenstein** und Dr. **Bernard Samuels** (Prag): **Ueber Glaskörperersatz.** I. Teil. Experimentelle Untersuchungen. (Albrecht v. Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 80, H. 3.)

Die Verfasser stellten auf Veranlassung von Prof. Elschnig Untersuchungen über die Frage an, wie das Kaninchenauge den Verlust von Glaskörper verträgt und bis zu welcher Quantität Glaskörper ohne nachfolgende dauernde Schädigung entzogen werden kann, wenn keine Ersatzflüssigkeit nachgefüllt wird; ferner, wie der Glaskörperverlust vom Auge vertragen wird, wenn der entzogene Glaskörper durch eine sterile Flüssigkeit ersetzt wird; schließlich, welche Flüssigkeit sich hierzu am besten eignet. Es wurde dabei mittels einer in die Sklera eingestoßenen Spritze Glaskörper aspiriert und ebenso die Ersatzflüssigkeit darnach eingespritzt. Die Verfasser gelangten zu folgenden Ergebnissen: Der Glaskörper des Kaninchens ist durch Salzlösung ersetzbar; am geeignetsten ist eine 0,85 proz. NaCl-Lösung. Der Ersatz kann bis zur Menge von 0,8 ccm erfolgen, ohne daß die Durchsichtigkeit des Ersatzglaskörpers gefährdet erscheint. Das zurückbleibende Glaskörpergewebe wird durch die Ersatzflüssigkeit zertrümmert und erscheint in Form von flottierenden glänzenden Flocken. Sowohl hyper- als hypoisotonische Lösungen ergeben in bezug auf die Klarheit des resultierenden Glaskörpers ein schlechteres Resultat. Bei Aufsaugung von Glaskörper ohne nachfolgende Infektion erfolgt die Wiederherstellung der Durchsichtigkeit des Glaskörpers nur bis zu einem Höchstverlust von 0,4 ccm, d. h. etwa ⅓ der Gesamtglaskörpermenge. Durch Fluorescinversuche ergab sich, daß ein Uebergang von Glaskörperflüssigkeit in die Vorderkammer auch bei Ablassen des Kammerwassers nicht stattfindet.

Prof. **Elschnig** (Prag): **Ueber Glaskörperersatz.** II. Teil. (Albrecht v. Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 80, H. 3.)

Auf Grund der experimentellen Ergebnisse seiner Assistenten Löwenstein und Samuels (s. vorstehendes Referat) wendete Verf. das Verfahren des Glaskörperersatzes in einer Reihe von Fällen beim Menschen zu therapeutischen Zwecken an. Die Hauptschwierigkeit liegt in der Beschaffung des geeigneten Instrumentariums. Die Kanüle muß eine lanzettförmige Spitze haben, welche an ihrer Fläche die weite Kanülenöffnung trägt. Die Kanüle muß eine solche Dicke haben, daß die durch die lanzettförmige Spitze gesetzte Skleralwunde bei entsprechender Einführung völlig gestopft wird. Um eine Verletzung der Netzhaut und Chorioedea durch die Nadelspitze zu verhüten, ließ Verf. 12 mm über der Kanülenöffnung ein Arrêt anbringen. Die Bohrung der Kanüle muß so weit sein, daß auch gelatinöser flockiger Glaskörper angesaugt werden kann. Die ganz dicht schließende Spritze (Rekordspritze mit Metallkolben) muß dicht an die Kanüle anschließen, aber leicht aus derselben zu entfernen sein. Um bei diesen Manipulationen jede Zerrung des Bulbus zu vermeiden, ließ Verf. am stumpfen Ende der Kanüle einen breiten, flachen Ansatz (zum Halten) anbringen. Die Technik des Eingriffs ist folgende: Nach Anlegen des Desmarreschen Handlidhalters werden der Rectus medialis und lateralis durch die Conjunctiva hindurch nahe ihrem Sehnenende in eine Zügelnaht gefaßt und der Bulbus damit nach innen und oben gezogen (dies kann bei sehr ruhigen Patienten durch die einfache Fixation des Bulbus mit der Fixationspinzette ersetzt werden). Außen unten wird die Sklera durch einen radiären Bindehautschnitt freigelegt und etwa 12 mm vom Hornhautrand entfernt eine Naht angelegt, welche die innere Wundlefze der Conjunctiva und die Sklera durchdringt, 2 mm lateralwärts wieder in die Sklera ein- und ausgeführt und durch die laterale Wundlefze der Conjunctiva herausgeleitet wird. Zwischen den beiden Durchstichen durch die Sklera wird der Faden etwas vorgezogen und an dieser Stelle die Kanüle zuerst schräg durch die Sklera durchgestochen. Dann wird Glaskörper angesaugt, langsam und stetig; sehr häufig verstopft sich die Kanüle und kann dann mit einem sterilen Mandrin nach Abnahme der Spritze wieder durchgängig gemacht werden. Nach erfolgtem Ansaugen wird die Spritze entfernt und mit einer vorgerichteten zweiten Spritze die gewünschte Menge gewärmter steriler Kochsalzlösung injiziert. In einer Operation soll man nicht mehr als 0,6 ccm Glaskörper ansaugen und durch ebensoviel 0,85 proz. NaCl-Lösung ersetzen. Ist die Injektion vollendet, so wird die Kanüle rasch entfernt und währenddessen die vorausgeschlungene Naht schnell geschlossen. Darauf Atropin, Schutzverband, 8 Tage Bettruhe. — Verf. berichtet über 16 Fälle, in denen er das Verfahren anwendete. Bei 4 Augen mit Glaskörperblutung resp. ihren Resten und Folgeerscheinungen war das Resultat des Glaskörperersatzes vortrefflich und zwar bei sowohl 2 sonst normalen Augen, als auch bei 2 Augen, in denen die Glaskörperblutung nach Glaukomoperation aufgetreten war. Für derartige Fälle dürfte nach Verf. der Glaskörperersatz das beste derzeit existierende Verfahren darstellen. Bei 6 Fällen dichter Glaskörpertrübung durch Iridocyklitis war nur in 2 Fällen ein sehr günstiges Ergebnis bezüglich der Aufhellung des Glaskörpers, in den anderen Fällen keine namhafte Beeinflussung zu verzeichnen. Man kann auch die Injektionen in längeren Intervallen (von mindestens 14 Tagen) eventuell wiederholen. In einigen Fällen traten kritische Erscheinungen nach der Injektion auf, 2 mal mit kleinem Hypopyon. In einem Falle von frischer perforierender Verletzung der Sklera mit Glaskörperverlust, kollabiertem Bulbus und Netzhautablösung wurde durch den sofort vorgenommenen Glaskörperersatz mit anschließender Naht das Auge mit Visus 0,3 erhalten; die Netzhaut hatte sich wieder angelegt. R. L.

Geburtshilfe.

Dr. med. **A. Ross**, prakt. Arzt in Cranenburg, Kreis Cleve: **Ueber Extractum hypophysis als Mittel zur Anregung der Wehentätigkeit.** (Zentralbl. f. Gynäkologie, 1911, No. 34.)

Hofbauer empfiehlt im „Zentralblatt f. Gynäkologie", 1911, No. 4, Hypophysenextrakt als ein Mittel gegen Wehenschwäche, mit dem er in 12 Fällen eklatante Wirkung hatte. Diese Empfehlung veranlaßte R., sich das Präparat sofort zu besorgen, und zwar wählte er das von Burroughs Wellcome & Co. hergestellte „Vaporole" Extractum Hypophysis (ex Infundibulo) 20 proz., das in Ampullen je 1 ccm der sterilisierten, besonders für subkutane Injektion präparierten Lösung enthält, und hätte gleich nach wenigen Tagen Gelegenheit, zu seiner Ueberraschung und Freude die von Hofbauer gerühmte eklatante Wirkung des Mittels in einem Falle bestätigen zu können. Er injizierte 1 ccm der Lösung des Extractum hypophysis, und zwar in die Bauchhaut, und war erstaunt, als nach wenigen Augenblicken eine kräftige, langandauernde Wehe einsetzte, der in kurzer Zeit mit geringen Abständen weitere folgten, so daß nach ca. sechs Wehen die Geburt beendigt war. Im Verlauf der letzten Wehe verabreichte Verf. der Frau den Inhalt einer zweiten Ampulle, um eine Nachgeburtsblutung zu verhüten, wie sie sich nach der ersten Geburt infolge der mangelhaften Kontraktion des Uterus eingestellt hatte, und auch das gelang ihm vollkommen: die Entfernung der Placenta gelang leicht, und der Uterus blieb vollständig fest kontrahiert. Verf. hat nachher das Mittel in 12 weiteren Fällen von Wehenlosigkeit angewendet und kann sagen, daß es ihn niemals im Stiche gelassen hat. Eine schädliche Wirkung oder Nebenwirkung konnte er in keinem Falle feststellen, weder auf die Mutter, noch auf das Kind. Die Entfernung der Nachgeburt gelang stets leicht; Nachblutungen aus atonischem Uterus traten nie auf; der Uterus war nach der Geburt ständig gut kontrahiert. Verf. injiziert jetzt meistens in den Unterarm; die Injektion ist nicht schmerzhafter als eine Morphiumeinspritzung. Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 21. Februar 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Tagesordnung:

Die Bedeutung des Natriums und Kaliums für die Entstehung und Heilung der Gicht, mit besonderer Berücksichtigung des Radiums.

Herr **S. Cohn** erblickt in einer Störung des Natrium- und Kaliumstoffwechsels, und zwar in einer Vermehrung des ersteren und Verminderung des letzteren, die Ursache für die Entstehung der Gicht. Er hat nämlich durch Versuche an Kaninchen gefunden, daß Na-Vermehrung die Bildung des den gichtischen Tophi entsprechenden harnsauren Natrons befördert, während K-Vermehrung diese Bildung ebenso verhindert, ebenso wie Na-Mangel. Auch vom Radium konnte er experimentell nachweisen, daß es die Bildung des Urats verhindert; aber nur, wenn es als unlösliches Salz in die Nähe des Tophus gebracht wird. — In einem zweiten Teile, der dem Modus der Rückbildung des Tophus gewidmet ist, konnte Verf. feststellen, daß das im Tophus befindliche harnsaure Natron durch Zuführung von Kaliumsalzen und bei Na-armer Kost sich auf chemischem Wege zu Harnsäure zurückbildet und so zur Resorption kommt. Dieser Vorgang kann durch Radium unterstützt werden, wenn dasselbe in der oben geschilderten Form dem Tiere beigebracht wird. Auf Grund der anfangs skizzierten Theorie sind alle Symptome der Gicht leicht zu erklären: der Befund von Harnsäure im Blute des Gichtikers, die bei diesem verzögerte Ausscheidung der Purinstoffe, wie die erste Depression in der Harnsäureausscheidung vor einem Anfalle, die Harnsäureflut in den ersten Tagen desselben und die darauf folgende zweite Depression. Die auf dieser Grundlage aufgebaute Therapie erlaubt ohne Einschränkung Purinstoffe in der Diät, verbietet streng Mineralwässer und besteht besonders in der Verordnung von Kaliumsalzen. In chronischen Fällen ist eine geeignete Massage absolut nötig, die die harnsauren Natronablagerungen mit dem auf diätetischem und medikamentösem Wege kaliumreicher gemachten Gewebe in intime Berührung zu bringen hätte. Die Erfolge der Behandlung sind gut. (Autorreferat.)

Diskussion über die Vorträge der Herren P. Lazarus und S. Cohn.

Herr **Löwenthal** (Braunschweig) verwahrt sich gegen den Vorwurf der Vortragenden, daß die Radiumtherapie unnötigerweise verteuert worden sei. Die zuerst von ihm angegebene Therapie einfachster Art, die Anwendung emanationshaltigen Wassers, war wesentlich billiger, wirkte aber, wie es sich herausstellte, dürftig und ungleichmäßig; erst durch die Verwendung radiumhaltiger Präparate, die sich allerdings kostspieliger gestaltete, wurden die Resultate stabiler. Es war ferner klar, daß bei der raschen Ausscheidung der Emanation es sich bei einmaliger Aufnahme nur um ganz kurze Wirkungen handeln konnte und man die Notwendigkeit nach einer länger dauernden Einwirkung empfand. So ergab sich als wirksamste Methode die Inhalation im geschlossenen Raume.

Herr **Max Wolff**: Radium sollte angeblich auch bei anderen Krankheiten, z. B. bei Tuberkulose, wirksam sein, auf Grund seiner baktericiden Wirkung. Seit 1905 hat sich Redner damit beschäftigt, die baktericide Wirkung des Radiums auf Tuberkelbacillen in eingehender Weise zu prüfen. Tiere, die mit lange Zeit bestrahlten Tuberkelbacillen infiziert wurden, gingen in gleicher Weise zugrunde, wie solche, die mit nicht bestrahlten Bacillen geimpft wurden. Auch die Emanation vermochte gleichfalls auf Tuberkelbacillen keine Wirkung auszuüben. Von einer baktericiden Wirkung des Ridiums kann nach W.s Erfahrungen keine Rede sein.

Herr **Gudzent**: Er habe beobachtet, daß unter dem Einfluß der Radiumemanation beziehungsweise deren Zerfallsprodukte

Salit

Schnell schmerzstillendes und heilendes Einreibemittel.

Salit wird unverdünnt von der Haut vertragen.

Indikationen:

Muskelrheumatismus, Neuralgien,
leichter akuter Gelenkrheumatismus,
Tendovaginitis, rheumatische Pleuritis.
(2—3 mal täglich ½—1 Kaffeelöffel voll Salit in die gut gereinigte und getrocknete Haut der schmerzenden Stelle einzureiben).

Acetylsalicyltabletten „Heyden"

verordne man stets nur in **Originalpackung „Heyden"** *(Röhrchen mit 20 Stück zu 0,5 g).*
Zerfallen in Wasser sehr leicht, sind billig und von tadelloser Qualität.

Proben und Literatur kostenfrei.

Chemische Fabrik von Heyden
Radebeul-Dresden.

Fibrolysin

leicht wasserlösliche
Thiosinaminverbindung.

Narbenerweichende Wirkg. bei
Stenosen, Strikturen, Kontrakturen
u. inneren Verwachsungen.
Zur Injektion:
Fibrolysinlösung
in Phiol. à 2.3 ccm.
Zur rektalen Anwendung:
Fibrolysinsuppositorien à 0.3 g

Tannoform

Kondensationsprodukt aus
Gerbsäure u. Formaldehyd
Innerl. u. äußerl. verwendbar.
Völlig ungiftiges
Adstringens und Antidiarrhoikum.
Antiseptikum
mit desodorierender Wirkung.
Vorzügl. sekretionsbeschränkend bei
Hyperhidrose,
besonders als Tannoform-Streupulver

Literatur zur Verfügung.

E. MERCK-DARMSTADT.

RONCEGNO

Natürliches Arsen-Eisen-Wasser.

Das arsenreichste und bekömmlichste aller Arsenwässer.

Von ärztlichen Autoritäten erprobt und bevorzugt für

Haus-Trinkkuren

zur Verbesserung der Blutbeschaffenheit, Kräftigung schwächlicher Konstitutionen und bei:
Blut-, Haut-, Nerven-, Frauen- und **Kinderkrankheiten** mit bestem Erfolg angewendet. Probequantum und Literatur den Herren Aerzten gratis und franko durch die **Heilquellen-Direktion Roncegno, Tirol.**
In allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen erhältlich. Illustrierte Prospekte vom Bad Roncegno gratis und franko von der **Bade-Direktion.**



bei **Magen-, Darm-** und **Stoffwechselkrankheiten, Diabetes, Gicht,** Erkrankungen der **Atmungswege,** der **Harnorgane.** Zur **Hauskur** besonders geeignet. Gleichzeitig vorzügliches, wohlschmeckendes diätetisches **Tischgetränk. Eisenfrei.** 50/1 Flaschen franko jeder deutschen Bahnstation für Mk. 30,— gegen Nachnahme oder Voraussendung des Betrages vom **Generalvertrieb Dr. E. Roth, Strassburg i. Els. 40.**
Die Herren Aerzte erhalten Literatur mit Analyse und Versuchsproben kostenlos und spesenfrei.

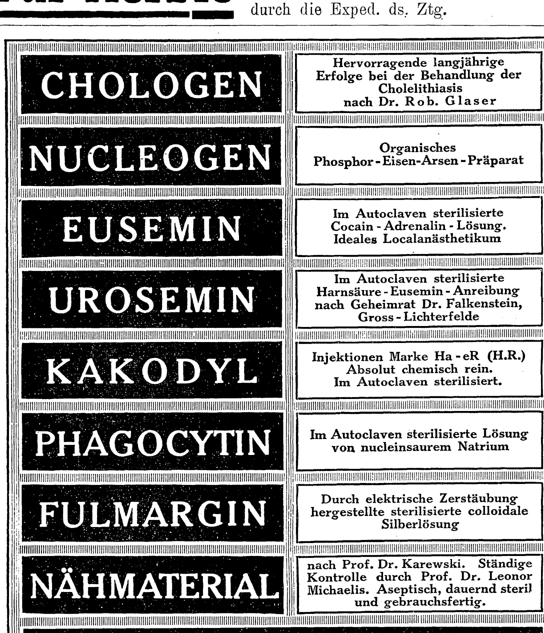
Für Aerzte

bietet sich sehr günstige Gelegenheit zur Errichtung eines Sanatoriums in aufblühendem Bade- und Luftkurort über 500 m. Näheres unt. **H. B. 10** durch die Exped. ds. Ztg.

Bauer's Kraftoform

ist ein erstklassiges Nährmittel
ist unter anderem aus reinstem
Lecithin-Eiweiß u. dem Knochenbau
stärkenden Nährsalzen hergestellt.
Broschüren gratis und franko.

Vertreter in allen Städten Deutschlands gesucht.
FRIEDRICH BAUER & Co., Berlin SW. 68.



Blankenburg a. H.

Sanatorium EYSELEIN für Nervenleidende und Erholungsbedürftige
Das ganze Jahr geöffnet.
Prosp. durch den Besitzer und leitenden Arzt **Dr. Matthes.**

Zucker- Magen- und Darm- Kranken

wird von ersten **ärztlichen Autoritäten**

Günther's Aleuronat-Gebäck

empfohlen.
Versandt von Aleuronat-Brot, -Zwieback, -Biskuit und anderen Präparaten nach allen Ländern — Unter ständiger staatlicher Kontrolle der vereidigten Gerichts-Chemiker Dr. Popp u. Dr. Becker, Frankfurt a. M., hergestellt — Literatur und Proben gratis.
F. Günther's Aleuronat-Gebäckfabrik, Frankfurt a. M. 25.

das Mononatriumurat in einen leichter löslichen Körper und bis zu CO_2 und NH_3 zersetzt wird. Herr Lazarus hat nun Versuche angeführt, deren Resultate diesen Feststellungen widersprechen; denn er hat beobachtet, daß das Mononatriumurat auch in gewöhnlichem Wasser an Löslichkeit zunimmt und daß die Radiumemanation einen Zerfall nicht hervorruft. Die Versuche des Herrn Lazarus sind aber in einer von seiner (G.s) Methode abweichenden Art angestellt und durchaus nicht als einwandfrei anzusehen. Außerdem ist von His und anderen festgestellt worden, daß Mononatriumurat in destilliertem Wasser durchaus nicht zerstört wird. G. bezieht sich ferner auf Löwenthal u. a., die seine Angaben bezüglich der Beeinflussung der Blutharnsäure durch die Radiumemanation bestätigten. Von 50 Patienten hatten 37 die Harnsäure aus dem Blute verloren; warum die restierenden 13 die Harnsäure nicht verloren haben, wissen wir nicht. Es ist auch seinerseits niemals behauptet worden, daß der Gichtiker geheilt sei, wenn die Harnsäure aus seinem Blute verschwindet. Eine Nachprüfung seiner Versuche und derjenigen des Herrn Lazarus durch Geh.-Rat Marckwald hat ergeben, daß die Versuchsanordnung und die Befunde Gudzents im Gegensatz zu denen des Herrn Lazarus als richtig und einwandfrei anzusehen sind. Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung“.)

Pädiatrische Sektion.

Außerordentliche Sitzung vom 11. März 1912.

Tagesordnung:

Zur Behandlung der rheumatischen Komplikationen.

Herr **Baginsky**: Der jetzt völlig muntere Knabe war vor noch wenigen Wochen sprachlos, hatte keine Möglichkeit sich zu bewegen, auch nur Nahrung aufzunehmen; er war halb verblödet. Es handelte sich um Chorea paralytica; das ist ein Komplex von Chorea mit Hysterie. Die Lähmungen treten nach schwerer Chorea ähnlich wie nach Diphtherie auf. Die Kinder können höchstens weinen. Beim Versuch aufzusitzen klappen sie wie Taschenmesser zusammen. Die Behandlung ist dieselbe wie bei Chorea, entweder Salicyl gegen die rheumatischen Prozesse oder auch Arsen, später Suggestivtherapie. Die Fälle sind nicht so schlimm, wie sie aussehen.

Die Polyserositis rheumatica ist die schlimmste Form der rheumatischen Nachkrankheiten. Man steht ihr manchmal hilflos gegenüber; „man taucht mit dem Kranken auf und unter“. Endo- und Perikarditis mit Exsudatbildung, Pleuritis, Dys- und Orthopnoe lösen einander ab. Einmal gelang es Vortr., mit relativ kleinen Dosen Jodkali einen guten Erfolg zu erzielen. Schon nach wenigen Tagen besserten sich die Erscheinungen; besonders wirksam erwies es sich bei schwerer Stenokardie. Es wirkt nicht so schnell wie Salicyl, sondern erst nach einigen Tagen schwinden die Erscheinungen; das Exsudat und die Dyspnoe gehen zurück. Nach Abraham Strauss, einem Amerikaner, verstärken große Dosen JK die katalytische Blutung des Blutes, d. h. das Blut entwickelt aus H_2O_2 eine größere Menge O. Dazu gehören aber recht beträchtliche Gaben, wie wir sie nie anwenden.

Ein Fall von Myxödem.

Herr **Baginsky**: Der Kleine wurde ihm am 29. X. 1911 zugeschickt; er ist schon 7 Jahre alt; er stammt aus gesunder Familie. Es besteht nicht bloß Infantilismus, sondern auch Myxidiotie; Myxödem an Händen und Füßen war sichtbar; erhebliche Makroglossie; er zeigte keine Spur von menschlichem Wesen; er saß nicht. Die Hände waren und sind auffallend groß; er zeigte schuppende, dick infiltrierte Haut an den Gliedern; die Haut war im ganzen rauh, die Haare borstig, die Augen lagen tief; die Zähne waren cariös. Dazu kam erhebliche Atrophie der gesamten Muskulatur; enorme Verstopfung; die Stimme war tief und rauh. Die großen Hände ließen an einen Hypophysentumor denken; die Schädeldurchleuchtung ergab aber darüber keinen Aufschluß. Aber es besteht, wie in anderen Fällen, auch hier Rückständigkeit der eigentlichen Knochenbildung; vielfach fehlen die Knochenkerne.

Nach der Thyreoideatherapie ist der Knabe förmlich aufgewacht; nach dem Aussetzen verdummte er, um sich aber dann rasch wieder unter Thyreoideazufuhr zu entwickeln. Aufgetreten ist ein wechselnder Zustand von Diabetes, manchmal Albuminurie. Die Blutuntersuchung hatte kein bestimmtes Ergebnis. Eine französische Aerztin behauptet, daß die Testikel hier eine besondere Rolle spielen. Es scheint, daß Erkrankungen der Keimdrüsen, der Hypophysis und der Schilddrüse von Einfluß sind. Hier sind die Testikel gut entwickelt. Unter der Thyreoideatherapie hat er um 3 cm im Längenwachstum zugenommen. Benutzt wurde das deutsche Präparat von Freund. Die brummende Stimme ist kindlicher geworden, das Haar weicher.

Herr **Loewy** und Herr **Sommerfeld** haben bei diesem Kinde den Gesamtstoffwechsel, den N-Umsatz und die Glykosurie sowie das Verhalten des Blutes untersucht. Bei Myxödem hat man zuerst gesehen, daß unter pathologischen Bedingungen Einschränkungen des Stoffwechsels vorkommen können. Das Kind war sehr ruhig; es zeigte wenig Muskelbewegung; es fiel also eine Quelle der Stoffwechselsteigerung fort. Aber es soll ferner auch der Erhaltungsumsatz, d. h. das Minimum des Umsatzes bei Ruhe und Nüchternheit, eingeschränkt sein. Magnus-Levy hat 7 Fälle von Myxödem veröffentlicht; bei 4 war der Umsatz auf 48—60 pCt. herabgesetzt; es waren schwere, ausgeprägte Fälle; die anderen leichteren zeigen normales Verhalten; von den Fällen sind 5 Erwachsene und 2 ältere Kinder von 14 mit 16 und von 13 Jahren mit 30 kg Gewicht.

Dieser Knabe wog zuerst nur 8½, jetzt wiegt er 9½ kg. Von Untersuchungen an so jungen Kindern liegt bisher nur eine (Langstein) vor; sie enthält aber keine Gaswechselbestimmung.

Zunächst fanden vier Versuche in einer Periode, die dem Einfluß der Thyreoidea entzogen war, statt. Das Kind ließ sie sich alle mit einer Maske willig gefallen. Die Ergebnisse stimmten fast überein; der O-Verbrauch betrug in der Minute 77,1 ccm, die Bildung von CO_2 62,2 ccm; der Quotient von CO_2 : O ist demnach 0,8. In 24 Stunden wurden 111 l O verbraucht; die Körperoberfläche beträgt fast 1 qm; es werden also pro Quadratmeter 211,7 l verbraucht. In 24 Stunden werden 1001 Kalorien umgesetzt, d. h. pro Kilo Körpergewicht und 24 Stunden 61 Kalorien.

Bei einem normalen 8½ Pfund schweren Kinde fand hingegen Schlossmann 108 l O-Verbrauch, pro Quadratmeter Oberfläche 216,6 l sowie 1254 Kalorien in 24 Stunden und 64 Kalorien pro Kilo. Hier bestand also nur ein Manko von 3 pCt.; das ist eine physiologische Schwankung; das Kind zeigte also keine Einschränkung seines Umsatzes. Es wäre möglich, daß das angeborene Myxödem sich anders als das erworbene der Erwachsenen verhält, oder es könnte, was unwahrscheinlich ist, die frühere Thyreoideamedikation den Gaswechsel gesteigert haben. Aber sie war schon seit 7 Wochen ausgesetzt worden; aber der Gaswechsel geht vielleicht zur Norm zurück, wenn sich die Symptome merklich bessern. Das war hier nicht der Fall. Denn die Thyreoidea hinterläßt nie eine lange Nachwirkung.

Typisch verhält sich das Kind während des Gebrauches von Thyreoidea; statt 111 l verbrauchte es 152 l O täglich, d. h. pro Quadratmeter 289 l. Die Kalorienzahl betrug 1396, also pro Kilo 79,7; das ist eine gewaltige Zunahme, um 30 pCt. Das kommt auch bei Gesunden vor.

Auch geringen N-Umsatz sollen diese Kranken haben; das ist bei Erwachsenen leicht zu erweisen. Bei Kindern findet sich schon in der Norm Neigung zu N-Ansatz. Es ist nicht sicher, ob der N-Umsatz noch innerhalb der normalen Grenzen liegt oder abnorm ist. Es fand daher eine 10 tägige Versuchsreihe statt. Die Vor- und Nachperiode wurde mit gleicher N- und Kalorienzufuhr geprüft. Das Kind bekam ziemlich viel N, 8,0 bis 8,5 g pro die. Diese beiden Perioden schlossen eine mittlere, in der gar kein Eiweiß gereicht wurde, ein. Von den 8 g N der ersten Periode wurden 5,6 retiniert, d. h. 69 pCt. In der eiweißfreien Zeit mit einer Zufuhr von nur 0,2 N wurden täglich 1,1 N, d. h. in vier Tagen 4,4 g ausgeschieden; in der dritten Periode wurden wieder 8 g N gereicht; nun ist das Retentionsbestreben erheblich angeregt; es wurden 7 pCt., d. h. 81 pCt. retiniert. Das sind enorme Werte; bei normalen Kindern handelt es sich nur um 30 pCt.

Doch liegt hier nur ein Einzelfall vor, der die Frage offen läßt, ob er typisch ist.

Zufuhr von Thyreoidea bewirkt oft bei Gesunden wie Kranken Zuckerausscheidung. Nun hat das Kind schon vorher zeitweilig Zucker ausgeschieden. Es war keine alimentäre Glykosurie; diese Neigung wurde durch Kohlehydratzufuhr gar nicht gesteigert; sie ist nicht alimentär.

Das Blut zeigte Leukocytose; die Verteilung der Leukocytenformen war normal.

Diskussion:

Herr **Sommerfeld**: Es ist keine Eosinophilie beobachtet worden.

Vergiftung mit Morphium.

Herr **Mühlfelder**: Das 1¾ Jahre alte Brustkind bekam nach 3 g Morphium Streckkrämpfe der Oberschenkel und Bewußtlosigkeit. Nach kurz dauernder Besserung wurde die Atmung oberflächlich und unregelmäßig; erst 50 Stunden später Tod an Herzlähmung. Sonst sind Vergiftungen von Säuglingen schon bei 0,4—0,15 tödlich. Das Kind stammte aber von einer Mutter, die seit 11 Jahren Morphinistin war. Sicher bestand Gewöhnung an das Morphium.

Vergiftung mit Stramonium.

Herr **Mühlfelder**: Das 8 jährige Kind hatte angeblich einen Schlag mit dem Geigenbogen bekommen, sei dann geistesgestört geworden; es war unruhig, murmelte und sprach vor sich hin, webte in seine Vorstellungen fremde Worte hinein und hatte Sinnestäuschungen im Gehör und Gefühl. Gegen Abend kam große motorische Unruhe hinzu, Zupfen an der Bettdecke, starke seelische Erregung, Angst; schließlich war

Chloroforminhalation und Morphium nötig. Pupille weit. Am anderen Morgen reagierte die Pupille, das Kind war noch unbesinnlich, schläfrig, hatte von der Umgebung keine klare Vorstellung; gegen Abend wurde es klar, hatte aber keine Erinnerung für das, was dem Ereignis vorangegangen war. Es ist dann völlig genesen. Der Lehrer wies alsbald nach, daß der Knabe beim Spielen Datura stramonium gegessen hatte. Der Stechapfel enthält Daturin, Hyoscyamin und Skopolamin; es sind noch nicht viele Vergiftungen bekannt geworden. Außerdem kommen noch Selbstmorde und Giftmorde vor. Klystiere mit Stechapfelblätter-Infus geben manche Wilden zur Beseitigung von Feinden. Die Diebe geben in Indien das Gift den Schlafenden in die Nase, um nicht gestört zu werden. Aufguß von 2,0 g wirkt giftig; giftig wirkt auch der Genuß von 15 g Samen beim Kinde, tödliche Wirkung erzeugen 20 g beim Erwachsenen. Der Tod erfolgt oft erst nach einigen Tagen. Das Gift ist in Magen, Darm, Leber nachweisbar, außerdem durch seine pupillenerweiternde Wirkung.

Morphium ist im Gehirn zu finden. Das mit Morphium vergiftete Kind war gut entwickelt. Eine einzelne Morphiumspritze, der Mutter gegeben, scheint also dem Säugling nicht zu schaden.

Diskussion:

Herr **Tugendreich**: Ein von ihm beobachtetes Kind lag noch an der Brust. Die Mutter bekam eine Spritze Morphium; es war eine kräftige Dosis; das Kind erkrankte an allen Erscheinungen des Morphinismus, besonders Somnolenz. Es erholte sich nach zwei Tagen.

Herr **Baginsky**: Alkoholgenuß der Mutter oder Amme macht bestimmt giftige Wirkungen beim Säugling.

Ovarialsarkom.

Herr **Philippsborn**: Im Januar d. J. wurde ein 4 jähriges Mädchen eingeliefert; es war mit der Flasche aufgezogen als 12. Kind; 5 Geschwister waren als Säuglinge gestorben. Die Mutter hatte drei Aborte gehabt; der Vater litt an Gicht. Das Kind hatte Masern und Diphtherie gehabt. Seit einiger Zeit bestand Ausfluß; seit 8 Tagen war der Leib aufgetrieben, die Auftreibung nahm zu; zwei Tage vor der Aufnahme war Erbrechen, Fieber und Schmerz in der rechten Bauchseite aufgetreten. Das Gesicht war spitz, stark verfallen, die Haut sonst sauber. Puls klein, regelmäßig, stark frequent. Atmung stark beschleunigt. Leib stark gespannt, Berührung schmerzhaft. Ausfluß. Genitalien gerötet. Die Untersuchung in Narkose ergab einen Tumor in der Nabelgegend. Der Unterbauch ließ sich eindrücken. Das Kind bekam Kochsalzklysmen und Digalen. Die Temperatur fiel auf 37°. Am nächsten Morgen erschien das Kind gebessert; es fühlte sich wohler und hatte guten Schlaf; der Puls war voller. Operation. Der Probeeinschnitt ergab einen stark mit Blut gefüllten cystischen Sack; derselbe platzte. Der Schnitt wurde verlängert und deckte einen Stiel auf, der bis zum rechten Ovarium reichte. Der Tumor wurde abgebunden, der Bauch mit physiologischer Kochsalzlösung ausgespült. Das Kind starb bald nach der Operation.

Die Diagnose war nicht ohne weiteres zu stellen. Pat. kam mit der Diagnose Peritonitis herein; dagegen spricht manches im Befund wie Verlauf. Die Sektion wies erst auf, daß es sich um ein Spindelzellensarkom mit reichlicher Blutgefäßbildung handelte. Die Prognose war von vornherein schlecht; dazu kam der große Blutverlust und die Gefahr von Metastasen infolge des Platzens. Die Sektion wies sonst nichts auf. Vielleicht waren die stürmischen Erscheinungen durch eine Stieldrehung herbeigeführt worden. Mode.

VI. Demonstrationsabend des Charlottenburger Aerzte-Vereins am 1. Februar 1912.

(Offizieller Bericht.)

I. Herr **P. Bröse: Ueber Stieldrehung der Eierstockgewächse.** (Ist als Originalarbeit in dieser Nummer abgedruckt.)

II. Herr **M. Martens: Zur Kenntnis der Leberabscesse.**

M. bespricht Aetiologie und Vorkommen der Leberabscesse. Die tropischen kommen hier nur relativ selten zur Beobachtung, bei Leuten, die aus den Tropen kommen. Deswegen demonstriert M. zunächst einen Patienten, dem er zwei Leberabscesse eröffnet hatte. Der Patient hatte 13 Monate in Bombay gelebt, keine Dysenterie gehabt, aber im September 1910 einen in Ostindien „Prickelett" genannten allgemeinen Hautausschlag mit kleinen Eiterbeulen am Arm („Boils") durchgemacht. Im November zurückgekehrt, war er gesund bis zum 1. Juli 1911, erkrankte dann mit krampfartigen Schmerzen in der rechten Leibseite ohne Erbrechen; vom 12.—16. Juli ca. 6 Schüttelfröste, dann Aufnahme in Bethanien. Keine Epityphlitis. Schüttelfröste mit 41,3°. Druckschmerzen in der Lebergegend. Rechts hinten unten handbreite Dämpfung; durch Röntgenbild läßt sich aber nachweisen, daß dieselbe nur durch Zwerchfellhochstand bedingt ist. Nach Rippenresektion und Absteppen der Pleura im Komplementärraum Eröffnung eines Leberabscesses (in Lokalanästhesie), nach zwei Tagen eines zweiten größeren von der ersten Wunde aus, dann Wegbleiben der Schüttelfröste und der Temperaturerhöhung. Interessant ist auch das Verhalten der Leukocyten: am ersten Operationstage 30 000, dann 20 600, dann 26 800 (früh wieder Schüttelfrost und 40,6°); Eröffnung des zweiten Abscesses: am nächsten Tage 12 400 und einen Tag später 10 600. Der Eiter war steril, auch ohne Amöben (Prof. Schilling).

Zum Vergleich zeigt M. einen anderen Patienten, der nach Furunkulose einen paranephritischen Absceß bekommen hatte, den Pat. fünf Wochen lang hatte wachsen lassen, der auch das Zwerchfell so hochgedrängt hatte, daß nach der Untersuchung ein Empyem angenommen werden mußte. Das Röntgenbild (Demonstration) zeigt auch hier das Freisein der Pleurahöhle und den Zwerchfellhochstand. Dadurch erübrigen sich Punktionen, die u. a. zur Infektion der intakten Pleurahöhle führen können. M. erwähnt zwei andere von ihm operierte Fälle von subphrenitischem Absceß, die von anderer Seite vorher wegen eines vermuteten Empyems operiert worden waren.

M. bespricht dann die hier entstehenden Leberabscesse, meist infolge einer Eiterung im Gebiete der in die Pfortadern mündenden Venen, speziell die im Verlaufe einer Pylephlebitis purulenta nach Epityphlitis (unter Hinweis auf seine Arbeit darüber in der „Deutschen med. Wochenschr.", 1907, No. 42). Glücklicherweise sind sie seltener geworden infolge der immer mehr zur Durchführung gelangenden Frühoperation der Epityphlitis. Während z. B. Koerte von 1890—1905 unter 1212 Fällen noch 24 Fälle von Thrombophlebitis bezw. Leberabsceß sah, hatte Martens unter etwa 1400 Fällen von akuter Epityphlitis von 1903—1912 nur noch 4. Da meist die ganze Leber vereitert, ist die Prognose überaus trostlos. Der Vorschlag von Wilms wird besprochen — analog der Venenunterbindung bei puerperaler Sepsis — die Mesenterialvenen des Coecums zu unterbrechen.

Bei einem fünften Falle operierte M. zwei Jahre nach dem letzten Anfall von Epityphlitis, 1¾ Jahre nach der Intervalloperation, zwei Leberabscesse mit Ausgang in Heilung. Eine andere Aetiologie als die Epityphlitis konnte hier nicht eruiert werden.

Da derartige schwere Komplikationen sicher zu vermeiden sind, ermahnt M. zum Schluß, die Epityphlitis früh und namentlich die schwereren Fälle so frühzeitig wie möglich operieren zu lassen, da in einem seiner Fälle die Operation 40 Stunden nach Beginn des Anfalles, in einem von Koerte sogar nach 24 Stunden schon zu spät kam.

Diskussion:

Herr **Umber** betont die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten, die die Fälle von Leberabsceß nicht selten darbieten, und erwähnt zum Beweis dessen einen Fall seiner klinischen Beobachtung, der alle klinischen Merkmale der Cirrhose mit Ikterus und Ascites bei normalen Temperaturen darbot, und bei dem die Sektion einen kindskopfgroßen Solitärabsceß in der Leber ergab. Es hatte sich dabei um einen 58 jährigen Seemann gehandelt, der vor Jahren in China Dysenterie aquiriert hatte, welche nur vorübergehende Symptome hervorrief. Es zeigte sich bei der Obduktion, daß der Dickdarm in seinem ganzen Verlauf völlig der Mucosa durch chronisch dysenterische Ulcerationen beraubt war. Dabei war während der mehrwöchigen klinischen Beobachtung geformter, eher obstipierter Stuhl entleert worden.

Herr **Ziemann**: Den Worten der Herren Martens und Umber möchte ich einiges hinzufügen bezüglich der tropischen, auf Amöbeninfektion zurückzuführenden Leberabscesse. Je nach dem akuten, subakuten oder chronischen Verlauf derselben kann die Diagnose zeitweise recht schwierig sein, speziell solange es noch nicht zu eitriger Einschmelzung von Lebergewebe gekommen ist.

Ich habe in meinem Krankenhause in Duala nicht selten wichtige Symptome vermißt, die als charakteristisch für Leberabsceß in der Literatur angegeben werden. Es gehört dazu in erster Linie das Fehlen des Schulterschmerzes. Es ist das auch erklärlich, wenn man bedenkt, daß nur Abscesse, die in der Nähe der Leberoberfläche sitzen, eine Reizwirkung auf Aeste des Nervus phrenicus ausüben können. In anderen Fällen allerdings ist dieser Schulterschmerz, der sich besonders auf die Fossa supraspinata erstreckt und meist eine ziemlich scharf abgegrenzte, runde ca. hühnerei- bis gänseeigroße Hautstelle umfaßt, außerordentlich charakteristisch. Er wird meist als ein eigenartig brennender, oberflächlicher Schmerz bezeichnet.

Auch die Vergrößerung der Leber kann anfangs durchaus fehlen. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß, wenn der Prozeß progredient wird, die Vergrößerung der Leberdämpfung nach oben bezw. unten oder gleichzeitig nach oben und unten allerdings eine sehr schnelle wird. Man kann in solchen Fällen das Fortschreiten der Dämpfung jeden Tag deutlich verfolgen. Es ist dann höchste Zeit, sofort zu operieren, wenn nicht, wie in meinem letzten Falle bei einem meiner Assistenten, die Operation so lange verweigert wird, bis

ein glücklicher Ausweg überhaupt nicht mehr zu erwarten ist. Trotz guter Entleerung des Eiters kam es zum Exitus. Bei der Sektion zeigte sich, daß infolge Thrombose von Aesten der Vena portae der größte Teil der Leber infolge Infarkts aus der Zirkulation ausgeschaltet war. Neben dem großen Absceß fanden sich auch einige beginnende kleinere Abscesse, bei denen die eitrige Einschmelzung erst begonnen hatte. Außerdem fand sich beginnende Thrombose der Vena cava inferior.

Auch das subjektive Krankheitsgefühl, das im Anfang meist außerordentlich stark ist, kann einer ganz ungewöhnlichen Euphorie Platz machen, wenn die eitrige Einschmelzung und damit die Spannung im Lebergewebe vor sich gegangen ist. So erinnere ich an einen Fall bei einem Kameruner Pflanzer, der wegen chronischer Malaria perniciosa im Krankenhause in Zugang kam und eine scheinbar mäßige Vergrößerung der Leber aufwies, keine Druckempfindlichkeit und eine, allerdings ziemlich ausgesprochene subikterische schmutziggraugelbe Verfärbung der Haut.

Die rechte Dickdarmwand zeigte sich etwas resistent. Der Patient hatte vor einigen Wochen angeblich Dysenterie überstanden. Der Exitus erfolgte ganz plötzlich unter apoplektischen Symptomen. Ich fand bei der Sektion des Mannes, der am Tage vorher äußerst energisch nach einem Beefsteak und Bier verlangt hatte, eine mächtige Absceßhöhle des rechten Leberlappens, in welche man eine ganze Sektflasche bequem hineinlegen konnte. Der Appetit scheint in der Mehrzahl der Fälle während des ganzen Verlaufs sehr stark beeinträchtigt zu sein.

Aeußerst wichtig ist, daß in gewissen Stadien des Leberabscesses die Zahl der Leukocyten mehrfach durchaus keine erhebliche Vermehrung zu zeigen braucht. So erinnere ich an einen Fall, bei dem nach anfänglicher Vermehrung die Leukocyten eine Anzahl von 7- bis höchstens 8000 aufweisen, um erst am Ende des Prozesses weiter anzusteigen. Ich rate in solchen Fällen von Nichterhöhung der Leukocytenzahl, wenn man den Verdacht auf Leberabscesse hat und eine Punktion noch nicht gestattet wird, auf das Dringlichste, das Blutbild auf den degenerativen Charakter im Sinne A r n e t h s hin zu kontrollieren. Da andererseits Fälle von zirkumskripter Leberentzündung vorkommen können, bei denen es nicht zu eitriger Einschmelzung kommt, die aber dieselben Symptome wie echter Leberabsceß anfänglich machen können, ist die fortlaufende Blutkontrolle auch in solchen Fällen anzuraten, da eine Besserung des Blutbildes eine eventuelle Probelaparotomie überflüssig machen kann. So unbedenklich mir eine Punktion der Leber von der Seite aus, durch die Zwischenrippenräume erscheint, so sehr erscheint eine evtl. Punktion der nicht vergrößerten Leber durch die Bauchdecken von vornher bedenklich.

Wie außerordentlich schnell es manchmal zur Bildung der Abscesse multipler Art kommen kann, beweist ein Fall, bei dem, soweit ich mich im Augenblick erinnern kann, es ca. 7 Tage nach Abklingen einer im ganzen nur ca. 14 Tage dauernden Dysenterie es zu deutlichen Erscheinungen einer Leberaffektion gekommen war. Der Betreffende suchte sofort mein Krankenhaus auf, wo ich am Tage nach der Aufnahme und nach erfolgter Laparotomie ungeheure Mengen von Eiter aus der Leber entfernte. Es zeigte sich eine ganze Anzahl von Abscessen, denen der Betreffende nach zwei Tagen erlag. Bei der Sektion erwies sich die ganze Leber sowohl im rechten wie im linken Leberlappen durchsetzt von sage und schreibe sechsunddreißig voneinander getrennten kirsch-, pflaumen-, hühner- und gänseeigroßen Abscessen, so daß von gesundem Lebergewebe überhaupt kaum noch gesprochen werden konnte.

Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich zuweilen aus dem versteckten Sitze und der äußerst geringen Größe der Abscesse. So machte ich in einem Falle, wo alle klinischen Erscheinungen auf einen Absceß in den untersten Partien des rechten Leberlappens schließen ließen, im rechten Leberlappen 12, im linken Leberlappen 4 tiefe Punktionen, ohne den Sitz des Abscesses zu erreichen. Ich vernähte dann die Bauchwunde; interessanterweise gingen auch die Lebererscheinungen zurück, so daß Patient bei relativem Wohlbefinden Europa wieder aufsuchen konnte. Ein ganzes Jahr später mußte er neu operiert werden, wo man nach transpleuraler Laparotomie im hintersten Teile des rechten Leberlappens einen ganz kleinen Absceß fand. Daß kleinere Abscesse unter Bildung eines Walles von Narbengewebe ausheilen können, ist ja bekannt. Andererseits konnte ich in einem Falle infolge des chronischen Verlaufs zweier kleiner, dicht nebeneinandersitzender Abscesse eine fettige Degeneration der ganzen Leber beobachten. Diese beiden kleinen Abscesse waren bei der an sich erfolgreichen, schon zwei Monate zurückliegenden Operation eines größeren, in den subphrenischen Raum durchgebrochenen Abscesse nicht zur Beobachtung und Behandlung gelangt.

Den Worten Herrn U m b e r s bezüglich der Differentialdiagnose zwischen Leberabsceß und dem subphrenischen Absceß habe ich nichts hinzuzufügen. Ebenso wie Herr M a r t e n s stehe ich auf dem Standpunkt, die Punktion der Leber derart vorzunehmen, daß man sofort in der Lage ist, bei erfolgreicher Punktion unverzüglich die eigentliche Operation anzuschließen. Da in meinen Fällen stets die Indicatio vitalis gegeben war, habe ich mich nicht bei der sogen. zweizeitigen Operation aufgehalten, sondern stets die einzeitige Operation, nach voraufgegangener Vernähung der Leber mit der äußeren Schnittwunde, vorgenommen. Wie Herrn M a r t e n s in dem einen Falle, ist es auch mir ergangen, indem ich nach erfolgreicher Operation in diesem Falle zweier zusammenhängender Leberabscesse zu einer zweiten Operation ca. 8 Tage später gezwungen wurde, da nach anfänglicher Besserung das Fieber wieder anstieg. Dabei wurden zwei weitere, größere, von den ersteren entfernt liegende Abscesse festgestellt. Der Sitz der letzteren konnte erst nach acht Leberpunktionen, die nach den verschiedensten Richtungen ausgeführt waren, festgestellt werden. Es erfolgte dann nach ausgiebiger Resektion zweier Rippen komplette Heilung, die den Betreffenden wieder tropendienstfähig machte.

(Schluß folgt.)

IV. Bücherschau.

Klinik für psychische und nervöse Krankheiten. Herausgegeben von **Robert Sommer**, Dr. med. et phil., Geh. Med.-Rat, ordentl. Professor an der Universität Gießen. Bd. 6, H. 3 u. 4. Halle a. S. 1911, C a r l M a r h o l d, Verlags-Buchhandlung. Preis pro Band 12 M.

Die beiden jüngsten Hefte dieser in zwangloser Folge erscheinenden Zeitschrift enthalten wieder eine Reihe interessanter Beiträge. Ein Teil derselben ist den in der modernen Psychiatrie eine so große Rolle spielenden neuen p s y c h o l o g i s c h e n U n t e r s u c h u n g s m e t h o d e n gewidmet. Mit diesem Gegenstande beschäftigt sich zunächst in zusammenfassender Weise ein Aufsatz des Herausgebers, welcher ein von diesem für die Versammlung des Deutschen Psychiater-Vereins in Stuttgart (1911) erstattetes Referat darstellt. Die M e t h o d i k d e r I n t e l l i g e n z p r ü f u n g behandelt eine Arbeit von Mikulski (Lemberg). „Die p s y c h o l o g i s c h e n P r o f i l e: Zur Methodik der quantitativen Untersuchung der psychischen Vorgänge in normalen und pathologischen Fällen" ist eine größere Arbeit von Privatdozent Dr. R o s s o l i n o (Moskau) betitelt, welche hinsichtlich der Methodik beachtenswerte Neuerungen bringt. Außerdem sind in dem letzten Heft einige kleinere Mitteilungen enthalten; wir weisen besonders auf die Arbeit von S o m m e r: U n t e r s u c h u n g e i n e s G e d a n k e n l e s e r s hin, in welcher die Vorgänge bei der Gedankenübertragung in einem speziellen Falle dem Verständnis nähergebracht werden. Die gediegene, reichhaltige Zeitschrift verdient über den Kreis der Fachpsychiater das Interesse aller Kollegen, die sich für psychologische, heilpädagogische und verwandte Fragen interessieren.

R. L.

Atlas und Grundriß der Bakteriologie und Lehrbuch der speziellen bakteriologischen Diagnostik. Von Prof. Dr. **K. B. Lehmann** (Würzburg) und Prof. Dr. **R. O. Neumann** (Gießen). 5. Auflage. München 1912, J. F. L e h m a n n. II. Teil. Text 777 S.

Unter den verschiedenen aus dem L e h m a n n schen Verlage hervorgegangenen Atlanten hat wohl der vorliegende in seinen Neuauflagen die stärkste Zunahme an Umfang erfahren. Er liegt gegenwärtig in zwei stattlichen Bänden vor, wobei allein der Text beinahe 800 Seiten umfaßt. Und diese Zunahme trotz der denkbar kürzesten Darstellung. Nichts ist charakteristischer für das Interesse, welches sich seit P a s t e u r und K o c h seitens der Naturforscher für das Studium der Bakteriologie geltend gemacht hat. Es braucht kaum besonders hervorgehoben zu werden, daß die Herren Verfasser auch in der neuen Auflage die zahlreichen neuen Tatsachen, welche in den letzten Jahren zur Publikation gelangt sind, entsprechend gewürdigt und der Darstellung eingefügt haben. Referent muß es sich versagen, auf Einzelheiten einzugehen; bei der ungeheuren Fülle des verarbeiteten Stoffes würden wir damit die Grenzen des zugemessenen Raumes bei weitem überschreiten. Die äußere Ausstattung ist die splendide, welche wir bei dem um die Medizin so verdienten Verlage zu finden gewohnt sind.

H. L.

Klinische Untersuchungen über die Schallerscheinungen des Herzens. Von Prof. **E. Roos** (Freiburg i. Br.). Mit 14 Textabbildungen und 12 Lichtdrucktafeln. Leipzig 1911, Verlag von F. C. W. V o g e l. 78 S. 10 M.

In der vorliegenden Monographie berichtet Verf. über Untersuchungen der Herztöne und Herzgeräusche, bei denen er sich zur Registrierung der Schallerscheinungen des Herzens einer objektiven, von M a r b e (Frankfurt a. M.) ausgearbeiteten Methode bediente. Es werden dabei die sogen. K ö n i g schen Flammen benutzt. Die von M a r b e dabei eingeführte Neuerung besteht darin, daß die Flamme ihre Zuckungen auf einen über sie hingeführten Papierstreifen selbst aufschreibt;

wenn sie nämlich stark rußt, wie dies bei einer Azetylenflamme der Fall ist, bildet sich jede Zuckung auf dem Papierstreifen als eine ringförmige oder elliptische Figur ab. Die Schwingungen der Herztöne werden dabei mittels einer durch eine Membran verschlossene Kapsel, die der Brustwand dicht aufgelegt wird, auf die Flamme übertragen und erregen Zuckungen derselben. Mittels dieser Methode untersuchte Verf. an einer Reihe von Personen, teils gesunden, teils solchen mit funktionellen Störungen und organischen Erkrankungen des Herzens die Herztöne und Herzgeräusche, besonders hinsichtlich ihrer Zeitdauer und ihrer zeitlichen Verteilung auf die Periode der Herzbewegung, woraus sich auch für die Dauer der Systole und Diastole Anhaltspunkte ergeben. Auf weitere Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden. Es sei nur bemerkt, daß auf 12 Tafeln die erhaltenen Herztöne und Herzgeräusche in graphischer Darstellung reproduziert sind und dem Leser ein Urteil über die Leistungsfähigkeit der Methode erlauben. Die Arbeit stellt alles in allem einen wertvollen Beitrag zur Kenntnis der physiologischen und pathologischen Vorgänge im Herzen dar. R. L.

Grundzüge der Hygiene. Von Prof. Dr. **W. Prausnitz.** 9., erweiterte und vermehrte Auflage, bearbeitet von Prof. P. Th. Müller und Prof. W. Prausnitz. München 1912, J. F. Lehmann. 662 S.

Die Tatsache, daß das Lehrbuch bereits in 9. Auflage erscheint, beweist, daß es einem praktischen Bedürfnisse entspricht. Referent hat mehrfach Gelegenheit gehabt, auf die Vorzüge des Buches, welche in einer klaren, leicht faßlichen Darstellung und großer Vollständigkeit in der Zusammenstellung der wichtigsten Tatsachen der Hygiene bestehen, hinzuweisen. Auch in der neuen Auflage, bei der Prof. Müller in hervorragendem Maße beteiligt ist, haben die Herren Bearbeiter darauf Wert gelegt, bei aller Kürze der Darstellung das ganze Gebiet der praktischen und wissenschaftlichen Hygiene in größtmöglicher Vollständigkeit zu bringen. Als neu sei hervorgehoben ein Abschnitt über Kassenhygiene, sowie für die reichsdeutschen Aerzte die Zusammenstellung der deutschen Reichsversicherungsordnung durch Mugdan. Wir zweifeln nicht, daß die neue Auflage denselben Erfolg haben wird, wie ihre Vorgänger. H. L.

Frei- und Atemübungen für das tägliche Turnen (Zehnminutenturnen) mit Berücksichtigung der Raumbeschränkung im Schulzimmer. Von **Heinrich Lohmüller**, Turnlehrer in Cöln, und Dr. **Max Lohmüller**, Arzt in Wesel. Cöln 1911, Druck und Kommissionsverlag von Greven & Bechtold. 55 S.

Auf Verfügung der preußischen Unterrichtsbehörde sollen die Schüler an turnfreien Schultagen Frei- und Atemübungen vornehmen; diese sollen zur Stärkung des Körpers und zur Pflege der Gesundheit der Schüler dienen. Um ein Hilfsmittel für derartige Uebungen zu bieten, haben die Verfasser in dem vorliegenden kleinen Buche eine größere Anzahl von Freiübungen zusammengestellt und durch Abbildungen veranschaulicht. Es wurden nur solche Uebungen aufgenommen, die im Schulzimmer oder auch auf einem kleinen Schulhof vorgenommen werden können. Die Einrichtung des Uebungsbetriebes ist so gedacht, daß auch Schüler die Leitung übernehmen können. Die Veröffentlichung sei der Beachtung der Schulärzte empfohlen. R. L.

Die Firma Gehe & Co., Akt.-Ges. in Dresden, hat zu ihrem vor etwas über einem Jahre (Ende 1910) ausgegebenen Werk **Gehes Codex** einen **Nachtrag** erscheinen lassen, auf den wir unsere Leser hiermit hinweisen wollen. Bei der Anzeige des Hauptwerkes (s. „Allg. Med. Central-Ztg.", 1911, S. 11) konnten wir unserer Genugtuung darüber Ausdruck geben, daß die rühmlichst bekannte pharmaceutische Großfirma die Interessenten mit einem so wertvollen und brauchbaren Nachschlagewerk beschenkt hat. In der richtigen Erkenntnis, daß bei der noch immer unverminderten, manchmal unheimlich anmutenden Betriebsamkeit der chemisch-pharmaceutischen Industrie auch das beste Werk dieser Art schnell veraltet, hat sich die Firma entschlossen, alljährlich einen Nachtrag zu ihrem Codex herauszugeben, und von diesen Nachträgen liegt jetzt der erste vor. Die Anordnung des Stoffes ist die gleiche wie im Hauptwerk, und daß die Autoren auch mit derselben Gründlichkeit gearbeitet haben, beweist der Umstand, daß dieser erste Nachtrag ein Büchlein von 115 Seiten geworden ist. Man ersieht aus diesem Umfange, daß solche regelmäßigen Nachträge zum Hauptwerk tatsächlich ein Bedürfnis sind, und wir wollen statt jedes weiteren Lobes als Zeugnis für die Brauchbarkeit des Werkchens nur die Tatsache mitteilen, daß wir uns über die wenigen Präparate, die wir in Gehes Codex 1910 noch nicht fanden, die gewünschte Auskunft bereits aus diesem ersten Nachtrag holen konnten. Vivant sequentes!

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Nach der vor kurzem vom „Reichsanzeiger" gebrachten Veröffentlichung der Namen der im Prüfungsjahr 1910/11 **approbierten Aerzte** beträgt deren Zahl 1048 (gegen 951 und 942 in den beiden Vorjahren). Bei der gegenwärtig immer noch steigenden Flut der sich zum medizinischen Studium Drängenden dürfte sich diese Zahl in wenigen Jahren verdoppeln.

— In dem **Konflikt** zwischen dem früheren ärztlichen Leiter des Krankenhauses Auguste-Viktoria-Heim zu Eberswalde Dr. Heidemann und dem Vorstand dieser Anstalt hat der letztere eine neue Niederlage zu verzeichnen. Am 14. März v. J. hatte der Vorstand eine Anzeige wider Dr. Heidemann beim ärztlichen Ehrengericht wegen dessen angeblicher groben Pflichtwidrigkeiten erstattet. Das Ehrengericht hatte zunächst die Erhebung der Anklage abgelehnt, darauf aber auf Anordnung des Oberpräsidenten der Provinz Brandenburg dennoch verhandelt, um — nach Verlauf fast eines Jahres — am 29. Februar 1912 zu dem Spruch zu gelangen, daß keinerlei Tatsachen vorlägen, welche eine ehrengerichtliche Ahndung erforderten und daß daher auf Freisprechung zu erkennen sei (vgl. „Allg. Med. Central-Ztg.", 1911, SS. 627 u. 654).

Wien. Als besondere Form der Anerkennung verdienstlichen ärztlichen Wirkens sollen in Zukunft den österreichischen Aerzten der Titel **„Medizinalrat"** und **„Obermedizinalrat"** verliehen werden, der ja im Gegensatz zum Deutschen Reiche in Oesterreich für Funktionäre auf dem Gebiete des Sanitätswesens nicht gebraucht wird.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Im 56. Lebensjahre starb hierselbst an Influenza Geh. Sanitätsrat Dr. Ernst Löhlein, dirigierender Arzt des Lazarus-Krankenhauses. Seit 12 Jahren hatte er als Nachfolger seines früheren Chefs, des hervorragenden Chirurgen Langenbuch, mit Erfolg die genannte Anstalt geleitet und sich als Operateur begründeten Ruf erworben.

— Im Alter von 74 Jahren starb hierselbst Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Wilhelm Doenitz, langjähriges Mitglied des Instituts für Infektionskrankheiten. 1838 in Berlin geboren, hatte er bis 1864 Medizin studiert und sich nach Beendigung seiner Studien eine Reihe von Jahren wissenschaftlich weitergebildet. 1872 wurde er nach Japan berufen, um bei der Neuorganisation des medizinischen Universitätsunterrichts und des öffentlichen Medizinalwesens tätig zu sein. Nach Deutschland zurückgekehrt, bildete er sich am hygienischen Universitätsinstitut, später am Institut für Infektionskrankheiten unter Robert Koch zum Bakteriologen aus und war in der Folge (1896—1899) zuerst als Mitglied des Instituts für Serumforschung und Serumtherapie in Steglitz, dann nach dessen Umwandlung in das Institut für experimentelle Therapie als Mitglied des letzteren in Frankfurt a. M. tätig. Ende 1899 wurde Doenitz als Nachfolger Briegers Vorsteher der Krankenabteilung des Instituts für Infektionskrankheiten in Berlin, in welcher Stellung er verblieb, bis die Abteilung bei der Begründung des städtischen Rudolf Virchow-Krankenhauses diesem angegliedert wurde. Seitdem war er als Mitglied und Abteilungsvorsteher des Instituts für Infektionskrankheiten nur noch wissenschaftlich tätig. Literarisch ist der Verstorbene, seiner amtlichen Stellung entsprechend, besonders als Forscher auf dem Gebiete der Bakteriologie und Serologie hervorgetreten; die Tropenpathologie verdankt ihm, der auch ein tüchtiger Entomologe war, wertvolle Studien über die bei der Uebertragung der Malaria und anderer Tropenseuchen in Betracht kommenden Insekten. Außerdem hat Doenitz als Frucht seines langjährigen Aufenthaltes in Japan eine Reihe interessanter anthropologischer Mitteilungen über ostasiatische Volksstämme geliefert.

— Prof. Dr. Carl Posner, der verdiente Urologe und langjährige Redakteur der „Berl. klin. Wochenschr.", ist durch Verleihung des Charakters als „Geh. Medizinalrat" ausgezeichnet worden.

Königsberg i. Pr. Dr. Alfred Nissle hat sich für Bakteriologie habilitiert.

Breslau. Der Privatdozent der orthopädischen Chirurgie Prof. Dr. Ludloff hat einen Lehrauftrag für dieses Fach erhalten.

— Dr. Paul Heinrichsdorff hat sich für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie habilitiert.

Bonn. Als Privatdozenten haben sich habilitiert Dr. Walter Cappelle für Chirurgie, Dr. Walter Frieboes für Dermatologie und Dr. Arthur Seitz für Hygiene.

München. Prof. Dr. Hermann Dürck, Vorsteher des Pathologischen Instituts des städtischen Krankenhauses München r. d. Isar, hat einen Ruf nach Brasilien von der dorti-

gen Regierung erhalten, um daselbst den Unterricht in der Pathologie und den Betrieb pathologisch-anatomischer Institute zu organisieren. Er hat die Berufung angenommen und von dem Münchener Magistrat den dazu nötigen Urlaub erhalten.

— Dr. Hans Fischer hat sich für innere Medizin habilitiert.

Heidelberg. Der Privatdozent der Chirurgie Dr. Ludwig Arnsperger, Chefarzt am St. Vincentius-Krankenhause in Karlsruhe, hat den Titel „außerordentlicher Professor“ erhalten.

Tübingen. Der Privatdozent der inneren Medizin an der hiesigen Universität Dr. M. Otten, ein geborener Südafrikaner, ist als Nachfolger des kürzlich verstorbenen Prof. Schütze als Arzt des Roten Kreuzes nach Tripolis gegangen.

Straßburg i. E. Dr. Paul Mulzer hat sich für Dermatologie und Syphilis habilitiert.

— Dr. Dold hat sich für Hygiene und Bakteriologie habilitiert.

Prag. Dr. Ottokar Lescher hat sich an der tschechischen Universität für Augenheilkunde habilitiert.

Koloszvar (Klausenburg). Dem Privatdozenten für pathologische Anatomie Dr. Desider Veszpremi wurde der Titel eines außerordentlichen Professors verliehen.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Kiel. Die Jahresversammlung des **Deutschen Vereins für Psychiatrie** findet hier am 30. und 31. Mai statt. Referate: 1. Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie, besonders im Hinblick auf das manisch-depressive Irresein. Ref.: Hoche (Freiburg) und Alzheimer (München). 2. Die Behandlung der Paralyse. Ref.: E. Meyer (Königsberg) und Spielmeyer (Freiburg). Anmeldungen von Vorträgen werden erbeten an Sanitätsrat Hans Laehr, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.

Hamburg. Die diesjährige Tagung der **Deutschen tropenmedizinischen Gesellschaft** findet vom 4. bis 6. April im Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten zu Hamburg statt.

Düsseldorf. Hier wird der 3. **Internationale medizinische Unfallkongreß** vom 6. bis 10. August tagen. Außer einem Bericht über die auf dem 2. Internationalen Unfallkongreß zu Rom beschlossene Sammelforschung über die Ursachen und Folgen bei Unglücksfällen und großen Katastrophen sind folgende Hauptverhandlungsgegenstände in Aussicht genommen: I. Uebersicht über den derzeitigen Stand der Unfallgesetzgebung in den verschiedenen Ländern. Frage der Versicherung gegen Gewerbekrankheiten (Reff. Kauffmann [Zürich], Bernacchi [Mailand]). II. Wichtigkeit des frühzeitigen, auf die funktionelle Herstellung gerichteten Heilverfahrens nach Unfallverletzungen. A) Allgemeiner Vortrag (Liniger [Düsseldorf]). B) Besondere Heilverfahren: 1. bei Knochenbrüchen a) Extensionsverfahren (Reff. Bardenheuer [Cöln], Steinmann [Bern], Waegner [Charkow]), b) funktionelle Behandlung (Reff. Lucas-Championnière [Paris], de Marbaix [Brüssel], Bum [Wien]); 2. bei chirurgischen Infektionskrankheiten (Ref. Witzel [Düsseldorf]). III. Gefäßerkrankung und Unfall (Reff. Hoffmann [Düsseldorf], Rumpf [Bonn]). IV. Arthritis deformans und Unfall (Reff. Ledderhose [Straßburg], Graessner [Cöln]). V. Einfluß von Unfällen auf Entstehung und Verschlimmerung von Geschwülsten (Reff. Lubarsch [Düsseldorf], Thiem [Cottbus]). VI. Untersuchungsarten bei Unfallverletzten (Reff. Rieder [Bonn], Vulpius [Heidelberg]). Ausgeschlossen sind Vorträge über sogenannte traumatische Neurosen und Hernien. — Anfragen und Mitteilungen an den Geschäftsleiter des Kongresses Prof. Liniger (Düsseldorf).

Straßburg i. E. Die diesjährige Tagung der **Deutschen Pathologischen Gesellschaft** findet hier vom 15. bis 17. April statt. Anmeldungen zu Vorträgen sind an Herrn Hofrat Prof. Dr. Paltauf, Wien VI. Floriangasse 2, zu richten.

Baden-Baden. Die 37. **Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** wird in diesem Jahre am 8. und 9. Juni im hiesigen Konversationshause abgehalten werden. Vorträge sind recht bald, spätestens bis zum 27. Mai, bei den Herren Krehl (Heidelberg) oder Laquer (Frankfurt a. M.) anzumelden.

Gerichtliches.

Berlin. Nach dem in der „Med. Klinik“ (1912, No. 10) im Wortlaut veröffentlichten Urteil wurde ein Pächter von einem Schöffengericht wegen **Betrugsversuchs** zu einer Geldstrafe von 3 M. bezw. 1 Tag Gefängnis verurteilt, weil er, um eine Unfallrente von 30 M. jährlich weiterzubeziehen, bei der Verhandlung vor dem Schiedsgericht für Arbeiterversicherung eine tatsächlich nicht vorhandene Unfallbeschädigung vorzuspiegeln versucht hatte.

— Ein Strafprozeß von prinzipieller Wichtigkeit für die medizinische Fachpresse wurde in der vorigen Woche vor der 2. Strafkammer des Landgerichts III in Charlottenburg verhandelt. Eine pharmaceutische Firma in München, die im Großhandel ein konzeptionshinderndes Mittel vertreibt, war wegen Vergehens gegen den § 184, Abs. 3 **(Verbreitung einer unzüchtigen Schrift)** des Reichs-Strafgesetzbuches von einer Konkurrenzfirma zur Anzeige gebracht worden, trotzdem sie zur Ankündigung ihres Präparats ausschließlich die medizinische Fachpresse benutzt und obendrein ihre als Beilagen medizinischer Zeitungen erscheinenden Prospekte von einem Arzt abfassen läßt, um ihnen den medizinisch-fachlichen Charakter streng zu wahren. In München und Leipzig war die Erhebung der Anklage abgelehnt worden; in Charlottenburg wurde ihr stattgegeben. Der ärztliche Redakteur und der Verleger des betreffenden Fachblattes mußten infolgedessen vor Gericht als Mitangeklagte erscheinen; der Münchener Fabrikant durfte sich durch seinen Anwalt vertreten lassen. Sämtliche Angeklagten wurden wegen Nichtvorhandenseins eines objektiven und subjektiven Dolus freigesprochen.

— Wegen **unlauteren Wettbewerbs** hatte sich kürzlich der „Heilmagnetiseur“ bezw. „Magnetopath“ Karl Pohl vor dem hiesigen Landgericht I zu verantworten. Die Aerztekammer hatte die Anzeige gegen Pohl erstattet, weil dieser auf Schildern, die sich vor seiner Wohnung befanden, angegeben hatte, er betreibe eine „Heilanstalt“ und ein „Institut für anscheinend Unheilbare“. Auf einem dieser Schilder zählte er auch mehrere Dutzend von Krankheiten auf, die er angeblich durch seinen „persönlichen Lebensmagnetismus“ heilen könne. Vor Gericht erklärte der Angeklagte, daß seinem Körper ein „magnetisches Fluidum“ entströme, das durch Händeauflegen in den Körper des Kranken überströme und hier bewirke, daß eine Zersetzung der schlechten Säfte und eine Zuführung guter Säfte stattfinde. Zum Beweise dafür, daß der Angeklagte tatsächlich imstande sei, Kranke zu heilen, waren von dem Verteidiger mehrere Zeugen geladen worden. So bekundete u. a. eine Frau, daß sie der Angeklagte durch einfaches Händeauflegen von einem Kropf geheilt habe. Ein anderer Zeuge bekundete, daß Pohl durch Händeauflegen eine Zahnblutung gestillt habe. Dem Gericht genügten aber diese Beweise der angeblichen magnetischen Heilkraft des Angeklagten offenbar nicht, denn es verurteilte ihn, über den Antrag des Staatsanwalts noch hinausgehend, zu einem Monat Gefängnis und 500 M. Geldstrafe.

Zabern. Die hiesige Strafkammer verurteilte die Betriebsleiter der Firmen „Dr. med. H. Schröder G. m. b. H.“ und „Dr. Artur Ehrhardt & Co. G. m. b. H.“, welche die „Blut-Salznahrung“ Renascin und das Nervenkräftigungsmittel „Visnervin“ vertreiben, wegen **verbotener Anpreisung** zu je 300 M. Geldstrafe. Das Schöffengericht Molsheim hatte sie nur zu je 100 M. Geldstrafe verurteilt, die Berufungsinstanz war jedoch der Ansicht, diese Strafe sei zu niedrig bemessen, da im vorliegenden Falle ein kapitalkräftiger Unternehmer mit einem völlig wertlosen Mittel das Publikum ausbeute, was eine strengere Strafe verdiene.

Genf. Der Wunderdoktor U., der angab, alle Krankheiten auf natürlichem Wege heilen zu können, wurde vom Gericht wegen **Kurpfuscherei** zu einem Jahre Gefängnis und dauernder Ausweisung aus dem Kanton Genf verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Die **Tripolisexpedition** des Roten Kreuzes hat leider ein zweites Opfer gefordert, indem der als Krankenpfleger die Expedition begleitende Kandidat der Medizin v. Duckstein ebenfalls an Typhus gestorben ist.

— Bekanntlich ist vor einiger Zeit auf Anordnung der vorgesetzten Ministerien den Polizeiämtern einiger deutscher Bundesstaaten die Beglaubigung von **Anerkennungsschreiben über Geheimmittel** verboten worden, weil durch die Vollziehung dieser sich lediglich auf die Unterschriften beziehenden Formalität in kindlichen Gemütern, auf deren Leichtgläubigkeit die Geheimmittelfabrikanten dabei meist richtig spekulieren, der Glaube erweckt wird, die Polizei beglaubige damit auch den Inhalt derartiger Dankschreiben. In welcher Weise die skrupellose Heilmittelindustrie diese Erschwerung ihrer Reklame zu parieren versteht, zeigt eine Beilage, die wir kürzlich in hier erscheinenden Tageszeitungen fanden. Es handelt sich um das „Renascin“ der Firma „Dr. med. H. Schroeder G. m. b. H.“ (vergl. über dieses Unternehmen auch „Gerichtliches“ dieser Nummer), eine Firma, die im verflossenen Jahre auch die Kurpfuschereikommission der Berlin-Brandenburgischen Aerztekammer beschäftigt hat. In der Reklame-Beilage wird u. a. eine von einem beim kgl. preußischen Kammergericht in Berlin zugelassenen Notar ausgestellte „notarielle Urkunde“ abgedruckt, in der genannter Notar der Firma bescheinigt, daß sie ihm „am heutigen Tage 9188, in Worten: neuntausendeinhundertachtundachtzig Anerkennungsschreiben über das „Renascin“ vorgelegt habe; die Absender resp. Aussteller bezeichneten sich u. a. als Pro-

fessoren, Aerzte, Geistliche, Beamte, Kaufleute, Landwirte, Lehrer, Rentiers usw. usw."

Wir bedauern den Herrn Justizrat, der vermöge seines Amtes als Notar sich der Riesenaufgabe unterziehen mußte, an einem Tage von 9188, in Worten: neuntausendeinhundertachtundachtzig Dankschreiben über Renascin Kenntnis zu nehmen! Sollten die Justizministerien nicht die Möglichkeit haben, die Nervengesundheit ihrer Notare vor weiteren Belastungsproben dieser Art durch zweckentsprechende prophylaktische Maßnahmen zu schützen?

— Der Berliner Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus (E. V.) veranstaltet, wie seit einer Reihe von Jahren, auch in diesem Jahre — vom 9. bis 13. April — wissenschaftliche **Vorlesungen zum Studium des Alkoholismus.** Ort der Vorlesungen: Baracken-Auditorium der Universität. Teilnehmerkarten: 5 M. für den Gesamtkursus von 18 Stunden, 50 Pf. für die einzelne, 75 Pf. für die Doppelstunde. Bestellungen auf Teilnehmerkarten und Programme, Anfragen usw. sind zu richten an die Geschäftsstelle vorgenannten Verbandes, z. H. von Frau Gerken-Leitgebel, Berlin-Wi., Tübingerstr. 1, oder an die Geschäftsstelle des Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, Berlin W. 15. Folgende Themata werden diesmal behandelt: Abstinenzpädagogik in der höheren Schule (Prof. Dr. Ponickau [Leipzig]); Alkohol und Infektionskrankheiten (Dr. Holitscher [Pirkenhammer]); Alkohol und Lebensversicherung (Dr. Holitscher); Trinkbrunnen (Seminardirektor Dr. Rein [Rudolstadt]); die Alkoholfrage im Lichte der Sozialethik (Präfekt Dr. Strehler [Neiße]); Bürgerliches Recht und Reichsversicherungsordnung im Kampfe gegen den Alkoholismus (Landesrat Dr. Schellmann [Düsseldorf]); Jugendfürsorge und Alkoholismus (Lehrer Conrad Agahd [Neukölln]); Alkoholismus und Strafgesetz (Direktor Dr. med. Delbrück [Bremen]); Der Kampf gegen den Alkohol, eine nationale Pflicht (Rektor Dannmeier [Kiel]); Bedingte Verurteilung von Trinkern (Amtsrichter a. D. Dr. Bauer [München]); Stand der Alkoholgesetzgebung in den Kulturländern (Dr. Hercod [Lausanne]). An den Nachmittagen der Kurstage finden Besichtigungen von sozialhygienischen Einrichtungen Groß-Berlins unter sachkundiger Führung statt. Die Kurse stehen unter der Oberleitung des Herrn Wirkl. Geh. Oberregierungsrat DDrDr. von Strauß und Torney, Senatspräsident des Oberverwaltungsgerichts.

Franzensbad. Der Verein zur Erbauung eines **Aerztekurhauses in Franzensbad** eröffnet für den Monat Mai d. J. wieder 10 Freiplätze für kurbedürftige Kollegen und deren Gattinnen. Gewährt werden folgende Vergünstigungen: Freie Wohnung in Privathäusern, unentgeltliche ärztliche Behandlung, unentgeltliche Kurmittel, Befreiung von Kur- und Musiktaxen, freier Eintritt in die Lesesäle und zu allen kurörtlichen Veranstaltungen, ferner seitens der Theaterdirektion ein 50 proz. Nachlaß der Eintrittspreise. Bewerber um einen Freiplatz wollen sich bis spätestens 20. April beim Präsidium des obengenannten Vereins melden.

New York. Das Gesundheitsamt der Stadt New York hat **unentgeltliche Serumuntersuchungen** auf Syphilis und Gonorrhoe im Laboratorium des Gesundheitsamtes eingerichtet. Die Untersuchungen werden nur auf Veranlassung eines Arztes ausgeführt, dem auch der Bericht zugesandt wird.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: San.-Rat Dr. Nathan in Zaborze, Stabsarzt Dr. Fehlandt in Ostafrika, Oberstabsarzt Dr. Helmbold in Berlin, Oberstabsarzt Dr. Petzold, Dr. Kröner in Potsdam, Kreisarzt Dr. Bundt in Querfurt.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Oberstabsarzt Dr. Heckmann in Berlin.

Niedergelassen: Dr. Appel in Schöneberg a. W.

Versetzt: Ordentlicher Prof. Dr. Krückmann von Königsberg nach Berlin.

Bayern.

Ernannt: Dr. Dürig in Eichstätt zum Bezirksarzt in Hammelburg, Dr. Renninger zum Anstaltsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Regensburg, Hofrat Prof. Dr. Schultze zum Suppleanten des Medizinalkomitees an der Universität Würzburg.

Niedergelassen: Dr. Rauber in Friesenheim.

Praxis hat aufgegeben: Dr. Kirmse in Friesenheim.

Gestorben: Dr. Schöttl in Aindling.

Württemberg.

Auszeichnungen: Olga-Orden: Med.-Rat Dr. Süsskind in Hall.

Karl-Olga-Medaille in Silber: Med.-Rat Dr. Haag in Heilbronn, Dr. Sambeth in Mergentheim.

Ritterkreuz 1. Kl. des Friedrichs-Ordens: Dr. Mandry in Heilbronn.

Titel Sanitätsrat: Dr. Zahn in Calw, Dr. Piesbergen in Stuttgart, Dr. Kurz in Tullingen, Dr. Werl in Stuttgart, O.-A.-Wundarzt Dr. Gaupp in Göppingen, Dr. Palm in Ulm.

Titel und Rang eines Obermedizinalrates: Med.-Rat Dr. Walcher in Stuttgart.

Titel und Rang eines Medizinalrates: O.-A.-Aerzte Dr. Kern in Künzelsau, Dr. Paulus in Heidenheim, Dr. Pfäfflin in Urach.

Angestellt: Dr. Gleuwitz als Assistenzarzt bei der Heilanstalt Winnental.

Niedergelassen: Dr. Brunk in Hemmingen.

Vom Dienst enthoben: Med.-Rat Dr. Widenmann, Zentralimpfarzt in Stuttgart, ab 1. April, auf Ansuchen und unter Verleihung des Ritterkreuzes 1. Kl. des Friedrichs-Ordens.

Gestorben: San.-Rat Dr. Palm in Ebingen, Dr. Hardt in Akinsberg.

Baden.

Niedergelassen: Oberstabs- und Regimentsarzt Dr. Wiedemann, Dr. Gumprich und Dr. Frank in Karlsruhe, Dr. Harms als Oberarzt des Spitals für Lungenkranke in Mannheim, Dr. Marx in Mannheim-Neckarsau.

Praxis hat aufgegeben: Dr. v. Hoffmann in Baden-Baden, Dr. Löb in Karlsruhe.

Verzogen: Dr. Heitz von Bühl nach Straßburg, Priv.-Doz. Dr. Marx von Heidelberg nach Freiburg, Prof. Dr. Tobler von Heidelberg nach Breslau, Dr. Metz von Neckargemünd, Dr. Ziegler von Pforzheim nach Ludwigshafen, Assistenzarzt Dr. Kipping von St. Blasien nach St. Petersburg, Dr. Illing von Schönau i W. nach Wiesental, Dr. Ebinger von Vöhrenbach nach Berlin.

Gestorben: Dr. Schermer in Freiburg, Dr. Höpfner in Elzach.

Hessen.

Gestorben: Badearzt Dr. Engel in Bad Nauheim.

Sachsen-Weimar.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Sorge in Ilmenau.

Mecklenburg-Schwerin.

Gestorben: San.-Rat Dr. Koch in Sternberg.

Braunschweig.

Gestorben: Dr. Willrich in Vorsfelde.

Schwarzburg-Sondershausen.

Niedergelassen: Dr. Voss in Arnstadt, Dr. Antoni in Gehren.

Sachsen-Meiningen.

Gestorben: Dr. Glück in Walldorf.

Elsaß-Lothringen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Med.-Rat Dr. de Bang in Metz, Prof. Dr. Kahn in Straßburg, Geh. San.-Rat Dr. Weiss in Metz, Oberstabsarzt Dr. Noack in Weißenburg, Oberstabsarzt Dr. Oelze in Mörchingen, Oberstabsarzt Dr. Rampoldt in Diedenhofen, Dr. Stuckert in Saarburg, Dr. Weber in Neubreisach.

Rote Kreuz-Medaille 3. Kl.: Oberstabsarzt Dr. Ebertz in Metz, Prof. Dr. Klein und Dr. Lewinberg in Straßburg.

Verzogen: Dr. Eltze von Saarburg nach Hannover, Dr. Daub von Straßburg nach Breslau, Stabsarzt Braun von Bonn nach Zabern, Dr. Hövel von Münster nach Saarburg, Dr. Sandrezki von Zabern nach Straßburg, Dr. Sauer von Metz nach Köslin, Dr. Zabka von Saarburg.

Hamburg.

Verzogen: Dr. Schröder von Hamburg nach Wandsbek-Marienthal.

Bremen.

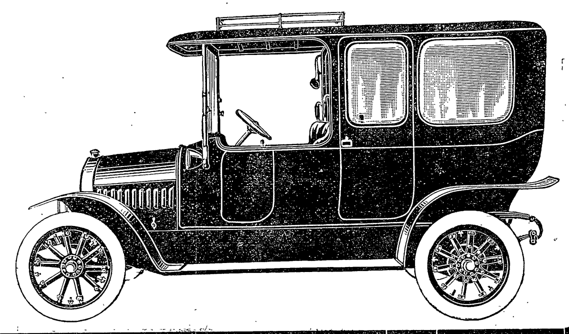
Niedergelassen: Dr. Hügel in Bremen.

Berichtigungen.

1. In No. 11, S. 139, Sp. 2, ist in der Ueberschrift des Referats der Arbeit von Iversen zu lesen anstatt „Therapie" „Theorie"; ebenso auch an der entsprechenden Stelle des Inhaltsverzeichnisses.

2. Nachträglich möchten wir noch ein Versehen berichtigen, das sich in das Register des Jahrgangs 1911 eingeschlichen hat. Die Zusammenstellung „Standesangelegenheiten" ist nämlich leider an eine falsche Stelle geraten, indem sie auf S. XV bereits nach „Sport"— anstatt, wie es nach der alphabetischen Ordnung sein müßte, erst nach „Staar"— steht.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.



Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang — Berlin, 30. März 1912 — No. 13

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion bezw. des Verlages nicht gestattet.

1 Bad Mk. 2,—



Combo-Sauerstoff-Bad

Vorzüge:

1) **Reines kräftiges Sauerstoff-Bad,** garantiert klar und farblos, keine dunklen Rückstände an Badewanne, Wäsche noch Körper absetzend, die Wanne nicht angreifend.
2) Entwicklung starken, 25—30 Minuten anhaltenden Sauerstoff-Stromes.

10 Bäder Mk. 18,—



Erhältlich in allen Apotheken und Med.-Drogerien, sowie in der Zentrale für Herstellung und Groß-Vertrieb

Telephon: Amt Königstadt 643. **RUDOLF BROCKMANN** Telegramm-Adresse: Brockmann, Raupachstrasse 12.

Für die Herren Aerzte, Kliniken, Sanatorien, Wohlfahrtsanstalten bei direktem Bezuge von obiger Zentrale kulanteste Vorzugspreise.



gesetzl. geschützt Nr. 80303.

Reine Traubenhefe

durch spezielle Kultur dem sauren Magensaft angepasst.

Preis per Flasche M. 6.— à 1 Liter Inhalt.

Levuretin

gesetzl. geschützt Nr. 43358.

In Luft getrocknete

Bierhefe

Bakteriologisch rein und nicht mit Stärke vermischt. Zellen intact u. lebenskräftig, granuliert und in Tabletten à 0.5 g.

1/4 Flasche für 8 Tage M. 1.50
1/2 „ „ 14 „ „ 2.75
1/1 „ „ 1 Monat „ 4.80

Beides gegen **Furunkulose, Anthrax, Ekzem, Hautkrankheiten gastrischen Ursprungs u. Verdauungsstörungen.**

Versuche mit Levuretin und Oïnose gegen **Zuckerkrankheit** haben weitgehende Hoffnungen erfüllt,

Laboratorium und Fabrik E. FEIGEL in Lutterbach bei Mülhausen i. E.





Blankenburg a. H.

Sanatorium EYSELEIN für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.

Das ganze Jahr geöffnet.

Prosp. durch den Besitzer und leitenden Arzt **Dr. Matthes.**



Sanatorium Dr. Preiss (San.-Rat)

seit 25 Jahren für nervöse Leiden in

Bad Elgersburg im Thür. Walde.

Verkaufe **Landhaus,** **Schlesien,** für **Arzt** geeignet, **da gr. Bedürfnis vorhanden.**
Anfr. Chiffre „13" Lichtenberg, Kr. Görlitz, postlag.



81. Jahrgang Berlin, 30. März 1912 No. 13

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Bericht über die Demonstration mehrerer Extrauteringraviditäten.

Vorgetragen im Charlottenburger Aerzte-Verein am 1. Februar 1912

Von

Dr. G. Siefart (Charlottenburg).

M. H.! Ich möchte mir erlauben, Ihnen mehrere Extrauteringraviditäten zu demonstrieren, welche mir für die Praxis in mehr als einer Beziehung interessant und wichtig erscheinen. Im ersten Falle handelte es sich um eine Patientin von 29 Jahren, welche dreimal geboren hatte, zuletzt vor 6 Jahren. Patientin spürt seit mehreren Monaten Schmerzen im Leibe und Anschwellen desselben, in letzter Zeit mehrfach Ohnmachten; die Regel ist nicht ausgeblieben, war aber in den letzten 7 Monaten schwächer als sonst. Der Leib war aufgetrieben und man fühlte bei kombinierter Untersuchung einen weit über Nabelhöhe hinausreichenden, mannskopfgroßen Tumor, leicht fluktuierend, sehr wenig beweglich. Temperatur 37,6°. Bei der Inzision per abdomen gelangt man unterhalb des Nabels nicht in die freie Bauchhöhle, sondern in das Innere des Tumors selbst. Der Tumor hat einen schmierig graugelben, stark nach Bacterium coli riechenden Inhalt; durch die etwa 5 mm dicke Wand des Tumors hindurch läßt sich der etwas vergrößerte Uterus fühlen. In der Tiefe des Tumors gelangt der Finger auf einen harten Gegenstand, der sich hervorziehen läßt und als Kindsschädel erkannt wird; es folgt sogleich bei der Entwickelung des Schädels der ganze Kindskörper und die stark geschrumpfte und macerierte Placenta. Nach dem Nabel zu ist die Tumorwand eingerissen, so daß an einer Stelle jetzt die Bauchhöhle freiliegt. An dieser Stelle wird die Tumorwand in die Bauchwand eingenäht und dann die Tumorhöhle nach Mikulicz tamponiert. Innerhalb 4 Wochen tritt glatte und fieberlose Heilung ein. Dieser Fall ist erstens dadurch bemerkenswert, daß er beweist, daß es möglich ist, daß die Extrauteringravidität ganz blande verlaufen kann, denn schwerere oder sogar lebensgefährliche Erscheinungen traten nicht ein. Zweitens dadurch, daß der Fötus schon maceriert war, obgleich nach den Angaben der Patientin derselbe noch nicht sehr lange abgestorben sein konnte, drittens dadurch, daß viele und derbe Verwachsungen die Bauchhöhle nach oben und seitlich abgeschlossen hatten, so daß auf diese Weise die Natur sich schon bis zu einem gewissen Grade selbst geholfen hatte, was bekanntlich bei dieser Erkrankung recht selten ist. Dazu beigetragen hat sicher auch der Sitz der Frucht mitten in der Tube, an einer Stelle, wo diese durch die starke Verdickung ihrer Wandungen widerstandsfähiger ist, als in der Nähe des Ostium abdominale.

Der zweite Fall betrifft eine 19 jährige Patientin, welche in Behandlung kam mit der Angabe, daß ihre Regel zweimal ausgeblieben sei und daß sie am Tage vorher einen plötzlichen Schmerz im Leibe gefühlt habe, welcher mit einer leichten Ohnmacht und etwas Blutabgang verbunden war. Der Uterus war nicht vergrößert. Auf der rechten Seite fühlt man einen hühnereigroßen Tumor von weicher, nicht fluktuierender Beschaffenheit, der sofort als Extrauteringravidität erkannt wird. Die noch am selben Tage vorgenommene Laparotomie bestätigt die Diagnose Extrauteringravidität; der Tumor läßt sich leicht vorwälzen und abbinden. Es ist etwa 1 Liter freies Blut in der Bauchhöhle. Dieses wird entfernt und die Bauchhöhle geschlossen. Der Verlauf war ein glatter und fieberloser. Nach 8 Wochen kommt die Patientin mit der Angabe, daß die Regel noch nicht wieder eingetreten sei und daß sie jetzt dieselben Schmerzen auf der anderen Seite habe. Hier

wird ein Tumor von ganz gleicher Größe und Beschaffenheit gefühlt. Die erneute Laparotomie betätigt, daß auch hier der Annahme entsprechend eine Extrauteringravidität vorliegt. Operation und Verlauf war derselbe. Die wiederholte Extrauteringravidität gehört zwar nicht zu den unerhört seltenen, aber immerhin nicht zu den allzu häufigen Befunden, und Werth, welcher dieses Kapitel im Winkelschen Handbuch der Geburtshilfe behandelt, geht wohl zu weit, wenn er meint, dieselbe käme so oft vor, daß es nicht vieler Worte darüber bedürfe. Vassmer hat in den Martinschen Monatsheften eine eingehende Monographie darüber geschrieben und die Literatur seit dem Jahre 1640 zusammengestellt. Er zählt 130 Fälle, von denen aber nur 85 wirklich festgestellt sind; 30 sind unsicher, 17 völlig zweifelhaft. Wenn in so langer Zeit nur so wenige Fälle als festgestellt anzusehen sind, so können wir immerhin sagen, daß dies Ereignis doch recht bemerkenswert ist. Dazu kommt, daß in allen bisher bekannt gegebenen Fällen die erste Extrauteringravidität mehrere Jahre zurücklag. Daß sie sich unmittelbar an eine eben erst operierte und abgelaufene anschließt, ist aber wohl bisher überhaupt noch nicht beobachtet worden. Deshalb halte ich den Fall für bemerkenswert. Es geht daraus hervor, daß man eine schnelle Wiederholung dieses Falles nicht als Kontraindikation für eine erneute Operation ansehen darf.

Am wichtigsten scheint mir der dritte Fall zu sein. Eine 7 Jahre verheiratete Patientin, die noch nie gravide gewesen, erkrankte, nachdem die Regel einmal ausgeblieben, an heftigen Schmerzen im Leibe und Ohnmachten. Patientin ist sehr schwach, der Puls kaum fühlbar, sehr frequent. Hautfarbe blaßgrau, der Leib schmerzhaft, etwas aufgetrieben. Auf der rechten Seite wird neben dem etwas großen Uterus eine taubeneigroße Geschwulst gefühlt, welche ihrer ganzen Beschaffenheit nach sofort als Extrauteringravidität erkannt wird. Es wird der Patientin zur sofortigen Operation geraten. Die Patientin kommt aber erst nach 24 Stunden zur Operation. Es wird sofort die Laparotomie gemacht. In der Bauchhöhle findet sich nur etwa ein Tassenkopf Blut frei. Das Ei sitzt in der Tubenöffnung; die Tube ist mit dem Ovarium lang ausgezogen und zeigt eine dreimalige Stieltorsion. Das ganze Peritoneum ist stark gerötet, die Därme aufgebläht; in dem mit Katheter entnommenen Urin findet man 3 pro Mille Albumen. Die Operation ist technisch sehr leicht und wird in 20 Minuten beendet. Trotzdem stirbt die Patientin, ohne das Bewußtsein völlig wiedererlangt zu haben. Wodurch ist nun in diesem Falle das traurige Ereignis eingetreten? An der internen Blutung kann die Patientin nicht gestorben sein, dazu war die Menge des freien Blutes zu gering. An der Operation als solcher und dem operativen Shok kann es ebensowenig gelegen haben, denn die Operation hatte keine Schwierigkeiten und ging so schnell wie nur möglich vonstatten. Es bleibt also nichts übrig, als anzunehmen, daß der Tod durch eine außerordentlich starke Autointoxikation eingetreten ist, und es war mir sehr interessant, daß Herr Bröse bei dem von ihm erwähnten Falle ebenso dieses Ereignis als erschwerend ansieht. Wie es aber bei einem Ovarialtumor zu solchen schwerwiegenden Ereignissen kommen kann, so ist dies auch bei der Extrauteringravidität möglich. Für unser Handeln aber geht daraus hervor, daß der alte Grundsatz, die Extrauteringravidität wie einen malignen Tumor anzusehen, auch jetzt noch zu Recht besteht. Ich bin der festen Ueberzeugung, daß der Patientin das Leben erhalten worden wäre, wenn sie sich sofort hätte operieren lassen. Dafür spricht namentlich das Auftreten von Albumen im Urin. Es gibt bekanntlich eine Reihe von angesehenen Gynäkologen, welche noch auf exspektativem Standpunkt bei der Behandlung der Extrauteringravidität stehen. Der Hauptvertreter dieser Gruppe war früher Thorn in Magdeburg. Ob er jetzt noch auf diesem Standpunkte steht, ist mir nicht bekannt; jedenfalls scheint mir aber ein solcher Fall, wie der genannte, für die Beurteilung der Frage, ob man exspektativ oder aktiv vorgehen soll, von ausschlaggebender Bedeutung zu sein.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließl. Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

Prof. **Hugo Schulz** (Greifswald): **Der Uebergang von Kieselsäure in die Milch beim Sterilisieren in Glasflaschen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Nach Erfahrungen, die man über die Wirkung der Kieselsäure auf den menschlichen Organismus gemacht hat, äußert sich ein Teil dieser Wirkungen in Störungen der Darmtätigkeit. Besonders besteht hartnäckige Obstipation. In manchen Fällen tritt gleich von vornherein, meist aber erst nach einer längeren Periode der Obstipation, durchfälliger Stuhl auf. Verf. kam nun auf den Gedanken, daß möglicherweise die Kieselsäure aus dem Glase der zur Milchsterilisation benutzten Flaschen bei der Entstehung der häufig beobachteten Obstipation der Flaschenkinder eine Rolle spiele. Um zahlenmäßige Anhaltspunkte zu haben, bestimmte er in mehreren Proben den Gehalt an Kieselsäure und ferner, ob und um wieviel der Kieselsäuregehalt nach 5 Minuten dauerndem Kochen in Glasflaschen zunimmt. Er wählte hierzu sowohl eine Original-Soxhletflasche als auch eine gewöhnliche billige Glasflasche. Es ergab sich, daß jedesmal in der Milch, welche in der billigen Flasche sterilisiert war, eine deutliche Zunahme der Kieselsäure gegenüber der nicht gekochten Milch festzustellen war. Auch die in der Originalflasche gekochte Milch zeigte eine Anreicherung an Kieselsäure, die aber viel geringer war, bei einem Versuche sogar ganz fehlte und nach mehrfachem Kochen ganz aufzuhören scheint, während von dem billigen Glas während längeren Kochens dauernd Kieselsäure in die Milch übertritt. Uebrigens zeigten auch verschiedene Milchproben von vornherein einen sehr wechselnden Gehalt an Kieselsäure, was nach Verf. wesentlich bedingt sein dürfte durch die verschiedene Art des von den Kühen aufgenommenen Futters. — Gutes Glas gibt also bei nur kurzdauerndem Kochen sehr wenig Kieselsäure ab, billiges Glas gibt dagegen stets welche ab. Verf. spricht zum Schluß die Vermutung aus, daß nicht nur die Obstipation der Flaschenkinder, sondern auch die Barlowsche Krankheit im Zusammenhang mit zuviel aufgenommener Kieselsäure stehen möge. R. L.

Dr. **P. Jödicke** (Stettin): **Oxyuris vermicularis.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 2.)

Eine erfolgversprechende Behandlung ergibt sich aus der Kenntnis der Lebens- und Uebertragungsweise der Würmer. Bekanntlich halten sich die im Dünndarme begatteten Weibchen hauptsächlich in den unteren Teilen des Dickdarmes auf, wandern besonders des Nachts nach unten in die Gegend des Afters, legen hier teilweise in den Grübchen und Falten ihre Eier ab, oder sie gelangen durch die Defäkation nach außen, um nach Entleerung der Eier bald abzusterben. Durch den heftigen Pruritus ani werden die davon Befallenen zum Bohren und Kratzen mit den Fingern veranlaßt und dadurch infiziert. Tatsächlich ist es einigen Forschern gelungen, in den Falten der Hände und besonders unter den Fingernägeln reife Oxyureneier nachzuweisen.

Unsere therapeutischen Bestrebungen müssen demnach außer auf die mechanische Entfernung der Würmer besonders auf einen Schutz vor Selbstinfektion gerichtet sein. Dafür hat sich folgendes Verfahren am zweckmäßigsten erwiesen: Es werden ein bis zwei Wochen lang täglich kräftig wirkende Abführmittel gereicht, dazu Essigwasser oder, wo dieses nicht beliebt ist, reichlich saure Speisen. Neuerdings werden auch die Gelad.-Kapseln mit essigsaurer Tonerde empfohlen. Bei Kindern hat sich das tägliche Trinken einiger Löffel Sauerkrautwasser, wie es jede Hausfrau nach Abkochen des betreffenden Kohles mit Wasser enthält, bewährt. Danach pflegen die Oxyuren gewöhnlich in Massen durch den Stuhl ganz abzugehen. Bei Erwachsenen können außerdem in hartnäckigen Fällen hohe Einläufe mit Salz- oder Essigwasser von gutem Erfolg sein. Hauptsache ist jedoch, daß nach jedem Stuhlgange täglich ein Reinigungsbad genommen wird, danach die Gegend um den After herum zwecks Abtötung etwaiger Oxyureneier mit grauer oder Höllensteinsalbe bestrichen, besonders die Hände und die Fingernägel peinlichst gesäubert werden. Kr.

Dr. **Karl Bernhuber** (Passau): **Typhusbacillenträgerin in einem Erziehungsinstitut.** (Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 7.)

In einem 1897 in einem gräflichen Palais errichteten Knabenerziehungsinstitut kamen früher sowohl bei den Dienstleuten wie bei den Schülern nicht selten gastrische Störungen, 1902 zuerst eine klinisch sichere Typhuserkrankung, und seit 1907 eine ganze Reihe sicherer Typhuserkrankungen sowohl bei Dienstboten wie bei Zöglingen und auch einem Lehrer der Anstalt vor. Als Quelle der Erkrankungen wurde die 70 jährige Köchin der Anstalt ermittelt, in deren Stuhl Typhusbacillen in Reinkultur sich fanden, ohne daß sie selbst klinische Krank-

heitserscheinungen zeigte. Es handelte sich also um eine chronische Bacillenträgerin. Die Anamnese ergab, daß die Köchin vor 22 Jahren einen schweren Typhus mit Darmblutungen durchgemacht und vor 14 Jahren an Gelbsucht gelitten hatte. Seit Begründung des Instituts war sie in demselben als Köchin tätig. Im März 1911 starb sie an Kapillarbronchitis und Herzinsuffizienz. Bei der bakteriologischen Untersuchung wurden Typhusbacillen in sämtlichen untersuchten Organen, in Dick- und Dünndarm, in der Gallenblase und in der Leber nachgewiesen. Diese Beobachtung lehrt von neuem die Gefährlichkeit von Bacillenträgern, besonders im Küchenbetrieb.

R. L.

Walter Löwenstein, Med.-Prakt. am Städt. Krankenhause in Danzig: **Zur Frage der Pneumoniebehandlung.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 4.)

Verf. schildert die Behandlungsweise der Pneumonie auf der II. med. Abteilung des Hamburg-Eppendorfer Krankenhauses. Kommt ein Patient mit einer croupösen Pneumonie in Behandlung, so erhält er zunächst einen Brustprießnitz, welcher im allgemeinen kalt, bei alten Leuten warm, bei hohem Fieber immer kalt angelegt und täglich zwei- bis dreimal, bei stark Fiebernden alle zwei Stunden erneuert wird. Gleichzeitig empfängt er von Anfang an 4/8 l Wein pro die, und zwar in der Annahme, daß Alkohol einerseits eiweißsparend, andererseits auch herzstimulierend und in geringem Maße antipyretisch wirkt. Treten im Stadium der Anschoppung und der Hepatisation heftiger Hustenreiz und starker Pleuraschmerz auf, so wird Codein und Morphium in kleinsten Dosen gegeben, eventuell wird ein Sandsack auf die erkrankte Stelle gelegt oder dieselbe mit Heftpflasterstreifen bandagiert, um sie auf diese Art und Weise ruhigzustellen. Beim Eintritt der Lösung wird durch starke Ipecacuanhagaben, Liquor Ammonii anisati und kalte Abklatschungen die Expektoration erleichtert. Was letztere nun anbetrifft, so sollen dieselben weniger als Antipyreticum, sondern vielmehr als Hautreizmittel dienen, wodurch reflektorisch eine erhebliche Vertiefung der Inspiration und somit auch eine stärkere sekretbefördernde Expektoration bedingt wird. Ist der Patient sieben Tage fieberfrei, so darf er das Bett verlassen. Nicht uninteressant ist, daß besonders Wert darauf gelegt wird, daß die Patienten von Anfang an fleißig die Beine bewegen müssen, indem man die Erfahrung gemacht hat, daß man durch diese Maßregel bis zu einem gewissen Grade der Thrombosenbildung vorbeugen kann. Kommt es im Verlaufe der Krankheit und besonders kurz vor der Krisis zu Erscheinungen, die auf Herzschwäche schließen lassen, so wird in milderen Formen mit kleineren Coffeingaben (drei Spritzen einer 20 proz. Lösung pro die) oder Kampfer, in den ernsteren Fällen durch Aderlaß (bis zu 300 ccm) und Senfteig eine Besserung des Zustandes fast ausnahmslos erzielt. Durch die Venae sectio kommt es zu einer vorübergehenden Entlastung des Kreislaufs, und somit gewinnt das Herz infolge besserer Entleerung Zeit, sich von der durch muskuläre Ueberdehnung entstandenen Schwäche zu erholen; dasselbe wird durch den Senfteig erreicht. Er übt einen Reiz auf die gefäßerweiternden Nerven der Haut aus und bedingt hierdurch ein Abströmen des Blutes nach der Peripherie, was eine Entlastung des Herzens zur Folge hat. Was nun die Pneumoniker anbetrifft, die einen Herzfehler haben, so werden sie nach dem gleichen Prinzip behandelt, höchstens erhalten sie mehr Coffein; in schweren Fällen wird mit dem verhältnismäßig schnell und dauernd wirkenden Strophanthus auszukommen versucht. Digitalis, das früher verwendet wurde, wird jetzt in keinem Falle verordnet, und zwar auf Grund der Erkenntnis, daß eine von Anfang an durchgeführte Digitalismedikation das Herz zu stark exzitiert, wodurch, da Pneumoniker große Digitalisdosen gut ohne Pulsverlangsamung im Fieber vertragen, die Gefahr eines nach der Krisis auftretenden Kollapses nur noch vergrößert wird.

Was nun die Erfolge betrifft, die die hier beschriebene Behandlungsweise der Pneumonie zeitigte, so stellt Verf. sie dadurch vor Augen, daß er sie mit denen der früher geübten Digitalistherapie vergleicht. Dabei ergibt sich, daß durch die Verbannung der Digitalis aus der Pneumonietherapie unstreitig bessere Resultate erzielt wurden. Die Mortalität sank von 17,7 pCt. auf 10,4 pCt. Nach der auf der Rumpelschen Abteilung bestehenden Ansicht ist einfach eine rationelle Digitalistherapie nicht denkbar, und zwar deshalb nicht, weil einerseits Digitalis, vom Beginne der Krankheit an gegeben, leicht Intoxikationen und Kollapszustände zur Folge haben kann, andererseits aber Digitalis, erst kurz vor der Krisis verabreicht, zu langsam und somit zu spät zur Wirkung kommt. Verf. tritt daher mit Entschiedenheit für die seit 1¾ Jahren auf der Rumpelschen Abteilung gehandhabte Behandlungsweise der Pneumonie ein; sie bietet in dem Coffein, eventuell auch im Kampfer, dem Praktiker die Mittel, die, im entscheidenden Augenblicke dem menschlichen Organismus einverleibt, in prognostischer Hinsicht eine günstige Wirkung mit Sicherheit erhoffen lassen.

Kr.

Dozent Dr. **G. Holzknecht** und Dr. **K. Fujinami** (Wien): **Prüfung des Magens auf „rohe Motilität" mittels der Durchleuchtung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Die Verfasser kommen zu folgenden Ergebnissen: Die auch nach Verwertung aller anamnestischen und objektiven Symptome sehr häufig unlösbare Frage, ob eine Motilitätsstörung des Magens auf Pylorusstenose oder Pylorospasmus beruht, kann oft durch die Prüfung der rohen Motilität gelöst werden. Nach Entleerung der üblichen Motilitätsmahlzeit (gewöhnlichen Riederschen Mahlzeit) schluckt der Patient ein paar wismuthaltige, formalingehärtete Gelatinekapseln. Beide sinken auf den kaudalen Pol des Magens. Hierauf trinkt Pat. etwa 200 g Wasser; die schwimmende Kapsel steigt bis zum Niveau des Wassers und führt dort bei Beklopfen des Abdomens charakteristische hüpfende Bewegungen aus. Beobachtet man nun alle 20—25 Minuten auf dem Röntgenschirm, so läßt sich leicht die Zeit der Entleerung, wenn wieder beide Kapseln am Grunde des Magens liegen, bestimmen. Sie beträgt normalerweise im Mittel 55 Minuten und kann unter pathologischen Umständen auf 10 Minuten herunter und auf 1½ Stunden und mehr hinaufgehen. Bei Motilitätsstörung wegen Pylorospasmus wird reines Wasser in normaler (60—70 Minuten) oder subnormaler Zeit entleert, bei Motilitätsstörung wegen Pylorusstenose in verlängerter Zeit.

R. L.

Chirurgie.

Dr. **J. Lewy** (Freiburg-Günterstal): **Etappenkorrektur nach Osteotomie.** (Zentralbl. f. chir. u. mechan. Orthopädie einschließlich der gesamten Heilgymnastik u. Massage, Bd. 6, H. 2.)

Die mannigfachen redressierenden Verbandsmethoden und Schienenapparate, die zur Behandlung des Genu valgum empfohlen worden sind, bringen neben dem Uebelstand der langen Behandlungsdauer auch den schwerwiegenden Nachteil der Beschädigung des Bandapparates des Kniegelenkes mit sich. Verf. läßt daher diese Hilfsmittel gegenüber der Osteotomie mehr zurücktreten. Betrifft die Abknickung des Beines hauptsächlich die Unterschenkelknochen, so macht er eine keilförmige Osteotomie an der konvexen Seite, ohne aber, wie dies Schede, Regnier u. a. empfahlen, auch die Fibula zu durchmeißeln. Dieses Vorgehen bringt zwar den Nachteil mit sich, daß die beim Redressement wie eine Sperrfeder wirkende Fibula eine völlige Korrektur im ersten Verbande oft nur schwer oder gar nicht erreichen läßt, hat aber den Vorzug, einmal den Eingriff an sich milder zu gestalten und ferner einer unwillkommenen Verschiebung der geschaffenen Bruchstücke entgegenzuwirken. Auf die volle Korrektur verzichtet Verf. zunächst in der Mehrzahl der Fälle und nimmt sie erst einige Tage nach dem Eingriff vor, wenn der angelegte Gipsverband völlig erstarrt und getrocknet ist. Der Verband erhält zunächst in der Mitte der Vorder- und Hinterseite eine längsverlaufende Verstärkung, bestehend aus einer starken Schnur, die mittels Celluloidacetonbrei und Zwirnumwicklung befestigt wird. Am nächsten Tage wird der Gipsverband in der Höhe der Eingriffsstelle an der Außenseite quer durchtrennt, am zweckmäßigsten mit der Säge; an der Innenseite wird, in gleicher Höhe und entsprechender Lage, ein elliptisches Stück herausgeschnitten, unter Schonung der vorderen und hinteren brückenförmigen Verbindung zwischen dem Ober- und Unterschenkelteil des Verbandes. Durch Adduktion des Unterschenkels kann man nun den linearen Spalt im Gipsverband zum Klaffen bringen und durch Einfügung von Holzstückchen die gewünschte weitere Korrektur in einer, eventuell auch in mehreren durch 24 stündige Zwischenzeiten getrennten Sitzungen ausüben. Die entstandenen Lücken werden darnach durch Gipsbrei ausgefüllt und die Festigkeit des Verbandes durch Anlegen einer Gipsbinde noch weiterhin gesichert. Will man eine erhöhte Abduktion des Unterschenkels erzielen, wie bei der Korrektur des Genu varum und bei den so häufigen rachitischen Deformitäten des Unterschenkels in seinen unteren Abschnitten, so kommt der lineare Spalt natürlich auf die Innenseite, der elliptische Ausschnitt auf die Außenseite des Verbandes.

Kr.

Erich Peiser: Postoperative Magenlähmungen. (Dissertation, Freiburg i. Br. 1912.)

Die postoperative Magenlähmung, die in der Hauptsache im Anschluß an Laparotomien zustande kommt und unter diesen wieder die Operationen am Gallensystem und am weiblichen Genitaltraktus bevorzugt, ist ein in ihrem Symptomenkomplex recht eng begrenztes, einheitliches Krankheitsbild: profuses, galliges, nicht fäkulentes Erbrechen entweder sofort nach der Operation oder, was das häufigere ist, erst 36 bis 48 Stunden post operationem, fliegender kleiner Puls bei normaler oder subnormaler Temperatur, eine starke, nachweisbare Auftreibung des Magens, bei sonst weichem, leicht eindrückbarem, nur in den seltensten Fällen schmerzhaftem Leib, das Fehlen jeder Darmfunktion, also die Zeichen einer Darmincarceration, sind die wichtigsten, dieses Krankheitsbild begleitenden Symptome. Dazu kommt eine schwere Schädigung

des Allgemeinbefindens, rascher Kräfteverfall und Zeichen der Herzschädigung. Vor allem muß man bei Patienten, die sich einer Laparotomie unterziehen müssen und deren anamnestische Angaben auf ein vorher oder gar zur Zeit des chirurgischen Eingriffes noch bestehendes chronisches Magenleiden hindeuten, stets an das Auftreten einer postoperativen Magenlähmung denken. Nicht minder muß man bei allen, auch vorher stets gesunden, Laparotomierten strengste Sorgfalt auf die Nachbehandlung verwenden, um, im Hinblick auf die ziemlich häufig auftretende, in ihren Folgen so überaus schwere Nachkrankheit, die Magenlähmung, sofort zur entsprechenden Therapie seine Zuflucht nehmen zu können. Die Diagnose ist bei den oben beschriebenen Symptomen, die sich durch den Nachweis der drei Pankreasfermente und des Indikans noch erhärten lassen, nicht schwer; bei einem weniger ausgesprochenen Symptomenkomplex läßt sich eine Fehldiagnose auch fast stets vermeiden, wenn man überhaupt nur an dieses Krankheitsbild denkt. Nur eine frühzeitig eingeleitete Behandlung sichert den günstigen Erfolg.

Nach der Ansicht der meisten Autoren ist in der Magenerweiterung und -paralyse, hervorgerufen im wesentlichen durch eine Schädigung seiner nervösen Apparate, das primäre und im Duodenalverschluß erst das sekundäre Moment zu sehen. Deshalb kommt es in der Therapie vor allem darauf an, den enorm gefüllten und stark auf dem Duodenum lastenden Magen zu entlasten. Dies geschieht vor allem durch systematisch vorzunehmende, regelmäßige Magenausheberungen und Magenspülungen unter völliger Vermeidung jeglicher Nahrungszufuhr per os. Dafür wendet man Nährklistiere an. Angesichts der zahlreichen überraschenden Erfolge, die die Beckenhochlagerung und vor allem die Schnitzlersche Bauchlage gezeitigt haben, soll nie versäumt werden, von ihnen Gebrauch zu machen. Man hält die Bauchlage solange fest, bis ein Lagewechsel keine Wiederholung der Symptome, besonders kein Erbrechen mehr zur Folge hat. Gegen drohende Herzschwäche muß natürlich von Analepticis reichlich Gebrauch gemacht werden. Nur die genaue Kenntnis dieses Krankheitsbildes und die sorgfältigen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen können einen günstigen Ausgang sichern. F.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Neuere Arbeiten über Salvarsan:

Dr. **Karl Stern** (Heidelberg): **Zur Frage der Abortivbehandlung der Lues mit Salvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Verf. berichtet über 14 Fälle von frischer Lues, welche kurz nach Auftreten des Primäraffekts in der Heidelberger Universitäts-Hautklinik ausschließlich mit Salvarsan behandelt worden waren und die dann während der Zeit von 4—14 Monaten unter genauer klinischer und serologischer Kontrolle standen. Es befinden sich darunter 8 Fälle, die bei langdauernder Kontrolle (3 Fälle 12, 13 und 14 Monate hindurch) negative Wassermannsche Reaktion behielten und keinerlei Symptome mehr zeigten. Von den 14 Fällen wurden 8 intravenös injiziert, 2 intramuskulär, 4 teils intramuskulär, teils intravenös. Nach den Beobachtungen des Verfassers genügt eine Latenz von 6 Monaten nicht, um eine Abortivkur als gelungen zu bezeichnen. Andererseits sprechen die günstigen Ergebnisse für die Möglichkeit der Dauerheilung. Dabei wurden die betreffenden Patienten zum Teil einer nach heutiger Auffassung ungenügenden Behandlung unterworfen. Gegenwärtig wird an der Heidelberger Hautklinik die Abortivkur in der Weise durchgeführt, daß eine möglichst gründliche lokale Behandlung mit einer mäßigen Quecksilberkur und mehrfachen Salvarsaninjektionen kombiniert wird. Ein bestimmtes Urteil über den Erfolg ist erst nach sehr lange fortgesetzten Beobachtungen möglich.

Prof. **W. Scholtz** (Königsberg): **Ueber die Erfolge der kombinierten Salvarsan-Quecksilberbehandlung bei Syphilis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Verf. behandelt seit etwa 1¼ Jahren die Syphilis mittels wiederholter intravenöser Salvarsaninjektion bei gleichzeitiger Kombination der Salvarsanbehandlung mit Quecksilberbehandlung. Anfangs wurde sowohl vor wie nach der Quecksilberkur je 0,6 g Salvarsan resp. etwas weniger (0.5 g bei Frauen) injiziert; später wurde die Dosis auf 0,8—0,9—1,0 g gesteigert. Diese Dosis von 0,6—1,0 g Salvarsan wurde aber fast nie auf einmal injiziert, sondern auf zwei aufeinanderfolgende Tage verteilt. Der Patient erhält also 0,3—0,4—0,5 (selten) Salvarsan und am nächsten Tage die gleiche Dosis. Dann folgt sofort eine Quecksilberkur, und am Schlusse dieser Kur, nach 4 bis 5 Wochen, erhält der Kranke nochmals an zwei aufeinanderfolgenden Tagen je 0,3—0,4 g Salvarsan. In manchen Fällen wurde zur Sicherheit nach einer weiteren Pause von 4 Wochen nochmals 0,8 g Salvarsan gegeben und außerdem die Quecksilberkur nach der zweiten Salvarsanbehandlung meist noch 2—3 Wochen fortgeführt und zwar besonders dann, wenn die Wassermannsche Reaktion bei Vornahme der zweiten Salvarsanbehandlung noch positiv war. — Die Erfolge bei dieser kombinierten Behandlungsmethode waren sehr befriedigend. Von 375 in dieser Weise behandelten Fällen, welche mindestens 2 Monate, größtenteils über ½ Jahr beobachtet und serologisch kontrolliert wurden, blieben 304 bisher frei von Rezidiven und bekamen negative Serumreaktion. 71 bekamen entweder Rezidive oder die Wassermannsche Reaktion blieb positiv resp. wurde wieder positiv. — Sondert man die Behandelten nach den Stadien ihrer Krankheit, so berechnet Verf. für das primäre Stadium 9 pCt. ungenügende Erfolge, für das sekundäre 14 pCt., für das tertiäre Stadium 40 pCt. und für das Stadium der Latenz 5 pCt. Mißerfolge, in denen entweder klinische Rezidive eintraten oder die Wassermannsche Reaktion positiv blieb resp. wieder wurde. Was die Art der Rezidive anlangt, so handelt es sich größtenteils um isolierte Rezidive, besonders vereinzelte Papeln am Genitale oder Plaques muqueuses. In einzelnen Fällen hatte man das typische Bild eines Primäraffektes (Pseudo-Reinfektion). Einmal glaubt Verf. auch eine echte Reinfektion gesehen zu haben. Achtmal wurden isolierte Neurorezidive beobachtet. Davon waren 4 Kranke ausreichend, 4 Kranke ungenügend behandelt worden.

Prof. **Erich Hoffmann** (Bonn): **Diagnostische und therapeutische Bedeutung der Spirochaete pallida nebst Bemerkungen über die wirksamste Bekämpfung der Syphilis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Verf. vertritt auf Grund seiner Erfahrungen den Standpunkt, daß nicht nur bei primärer, sondern auch bei unklarer, bereits behandelter sekundärer Syphilis der Nachweis der Spirochaete pallida vielfach an Bedeutung die Wassermannsche Reaktion übertrifft und oft allein die Diagnose sichert. Er führt zur Bekräftigung seiner Ansicht einige von ihm beobachtete Fälle an. — Um die Syphilis frühzeitig gründlich zu heilen, wendet Verfasser eine kombinierte Salvarsan-Quecksilberbehandlung an: 3—5 (durchschnittlich 4) intravenöse Salvarsaninjektionen mit 5—7 tägigem Intervall bei gleichzeitiger Quecksilberkur (36 Einreibungen oder 12 Hg-Salicylspritzen oder beides alternierend — 1 Hg-Sal.-Spritze ist äquivalent 4 Inunktionen). Dadurch wird nicht nur ein sehr prompter Rückgang der klinischen Symptome erzielt, sondern auch die Umwandlung der Wassermannschen Reaktion gewöhnlich schnell herbeigeführt. Bei Kranken, die gegen Quecksilber empfindlich sind, kürzt Verf. die Hg-Kur ab und gibt dann 5 evtl. 6 Salvarsaninjektionen. Wenn es durchzuführen ist, setzt Verf. die Kur noch einige Zeit nach dem Negativwerden der Wassermannschen Reaktion fort, da dann der Dauererfolg besser ist. Wird die Kur frühzeitig im primären Stadium eingeleitet, so bleibt die Wassermannsche Reaktion negativ und wird nur selten für kurze Zeit positiv. Neurorezidive kommen auch nach Hg-Salvarsankuren vor; nach rechtzeitig eingeleiteten kombinierten Kuren in der beschriebenen Stärke hat Verf. bisher keine Neurorezidive beobachtet.

Dr. **Gustav Schuster** (Plauen i. V.): **Milzbrand und Salvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Vor kurzem hat G. Becker über einen Fall berichtet, in welchem ein an beginnender Milzbrandsepsis erkrankter Mensch nach einer einmaligen intravenösen Injektion von 0,6 g Salvarsan geheilt wurde. Verf. stellte daraufhin Versuche an Kaninchen an, um zu entscheiden, ob das Salvarsan imstande ist, die durch den Milzbrandbacillus im Tierkörper hervorgerufene Erkrankung zu beeinflussen. Es fand sich zunächst, daß ein Kaninchen durch eine gleichzeitig mit der subkutanen Milzbrandinfektion vorgenommene intravenöse Salvarsaninjektion von 0,04 g pro Kilo Tier gerettet wurde, während ein in gleicher Weise infiziertes Kontrolltier nach 30 Stunden an Milzbrandsepsis zugrunde ging. — In weiteren Versuchen wurde ein Tier, bei dem die Salvarsaninfusion 12 Stunden nach der subkutanen Milzbrandinfektion vorgenommen wurde, am Leben erhalten und blieb gesund; dagegen gingen Kaninchen zugrunde, wenn sie die Salvarsaninfusion erst 18, 24 und 30 Stunden nach der Milzbrandinfektion bekommen hatten. Bei Versuchen mit intravenöser Milzbrandinfektion gelang es nur dann ein Tier zu retten, wenn die Salvarsaninfusion fast gleichzeitig, d. h. etwa 3 Minuten nach der Infektion, gemacht wurde. In einer Versuchsreihe, in der Tiere teils subkutan, teils intravenös infiziert und dann zu verschiedenen Zeiten nach der Infektion nur mit 0,02 g Salvarsan pro Kilo Körpergewicht behandelt wurden, starben sämtliche Tiere an Milzbrandsepsis. — Jedenfalls haben die Versuche ergeben, daß Salvarsan in einer Menge von 0,04 g pro Kilo Körpergewicht unter gewissen Bedingungen Kaninchen mit sonst sicher tödlicher Milzbrandinfektion am Leben zu erhalten vermag. Es erscheint daher Verf. gerechtfertigt, in Zukunft auch bei schweren Milzbrandfällen beim Menschen Salvarsan zu geben. R. L.

Prof. **F. Fülleborn** und Stabsarzt Dr. **Werner** (Hamburg): **Ueber Salvarsanwirkung bei Bilharziose.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 8.)

Die Verfasser wandten in einem Falle von Bilharziakrankheit bei einem 38 jährigen Manne, der sich vor etwa 12 Jahren in Deutsch-Ostafrika infiziert hatte, das Salvarsan (0,5 g intravenös) an. Der Patient hatte sehr starke knochenartige Schleimhautprominenzen mit mehreren Fistelöffnungen am After. In dem Sekret dieser Fisteln wurden ebenso wie in dem Eiweiß und Blut enthaltenden Urin Bilharziaeier mit lebenden Miracidien nachgewiesen. Durch die Salvarsaninjektion wurde das klinische Bild nicht wesentlich beeinflußt; auch nach der Injektion wurden bei der täglich 1- bis 2 mal vorgenommenen Untersuchung im Urin stets Bilharziaeier, wenn auch in ziemlich wechselnder Menge, angetroffen; eine Abnahme gegen den Befund vor der Injektion ließ sich nicht feststellen. In der Regel gelang es, ebenso wie vor der Salvarsaneinspritzung, aus den Eiern durch Wasserzusatz lebende Miracidien zum Ausschlüpfen zu bringen. Demnach konnte die Beobachtung von Joannidès, daß einige Tage nach der Salvarsanapplikation die Bilharziaeier aus dem Urin verschwinden, nicht bestätigt werden. R. L.

Dr. **Eduard Simon,** Assistenzarzt der vormals Lassarschen Klinik für Hautkrankheiten zu Berlin: **Zur ambulanten Behandlung der Syphilis mit kleinen Salvarsandosen.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1911, No. 39.)

Die Forderung Ehrlichs, der Syphilis mit einem Schlage Herr zu werden. kann nur durch Anwendung einmaliger großer Dosen erfüllt werden. Die Applikation solcher großen Dosen in subkutaner oder intramuskulärer Form scheiterte aber bekanntlich an den danach so häufig auftretenden sehr schmerzhaften Infiltraten, Abscessen und Nekrosen, weshalb man faute de mieux zur intravenösen Behandlungsmethode überging. Wenn es nun auch scheint, als ob mit Einführung der intravenösen Behandlungsart die Therapie der Lues durch Salvarsan festgelegt ist, so muß doch darauf hingewiesen werden, daß diese Behandlung nur ein verhältnismäßig kleiner Kreis von Aerzten durchführen kann und daß die Infusionsmethode doch nicht so ungefährlich und einfach auszuführen ist, daß sie Allgemeingut der Aerzte werden kann. Gewiß ist sie für Krankenhäuser zweckmäßig, für die ambulante Praxis und die ärztliche Sprechstunde eignet sie sich nicht, da ihre Ausführung für den Arzt zu umständlich und zeitraubend ist, dann aber besonders, weil oft nach der Infusion Nebenerscheinungen auftreten, die eine dauernde ärztliche Ueberwachung notwendig erscheinen lassen, wie sie nur in einer Klinik möglich ist. Um nun dem praktischen Arzt die Behandlung der Lues mit Salvarsan zu ermöglichen, hat Dr. Isaac fertige Röhrchen von Salvarsan in Fettölemulsionen steril und dauernd haltbar (0.11 bis 0.22 in 2 bis 4 g) herstellen lassen, welche in regelmäßigen Zwischenräumen intraglutäal eingespritzt werden. Diese Röhrchen werden in Kartons mit je 6 à 0,11 resp. mit je 3 à 0,22 Salvarsanampullen von der Schwan-Apotheke, Berlin, Spandauerstr. 77 (Apotheker Hadra) angefertigt. Die Einspritzungen werden im allgemeinen wöchentlich 1 mal gemacht, im ganzen 6—9 mal. Ein großer Vorzug dieser Behandlungsart ist, daß die Patienten ungestört ihrem Berufe nachgehen können, daß Nebenerscheinungen, wie bei der intravenösen Infusion. Fieber-, Magen-, Darmstörungen oder sogenannte Neurorezidive nie auftreten, und daß die Schmerzempfindung an der Injektionsstelle eine minimale ist. Es muß natürlich zugegeben werden, daß die von Ehrlich geforderte Therapia sterilisans magna mit den kleinen Dosen nicht erzielt werden kann. Sie werden im Initialstadium der Lues auch nur dann angewendet, wenn eine Krankenhausaufnahme zwecks intravenöser Infusion einer großen Dosis sich nicht ermöglichen läßt.

Verf. gibt in vorliegender Arbeit einen Ueberblick über 170 von ihm in der ambulanten Sprechstunde der Lassarschen Klinik poliklinisch mit den kleinen Dosen Salvarsan behandelte Fälle. Die in der Lassarschen Klinik geübte Methode mit kleinen fertigen Salvarsandosen, in etwa wöchentlichen Zwischenräumen intramuskulär injiziert, hat sich wegen ihrer Einfachheit und leichten Durchführbarkeit so gut bewährt, daß sie Verf. für die ambulante Sprechstundenpraxis poliklinisch wie privat als die geeignetste Behandlungsart erscheint. Vor der intravenösen verdient sie den Vorzug, weil sie absolut ungefährlich ist, und weil die nach den Infusionen stets zu fürchtenden schädlichen Nebenerscheinungen niemals auftreten. Durch die infolge der Depotbildung bei den kleinen Dosen hervorgerufene kumulative Wirkung wird aber auch dafür gesorgt, daß die Krankheitskeime der Syphilis nach Möglichkeit vernichtet werden, während bei der intravenösen Behandlungsmethode durch die schnelle Ausscheidung des Mittels, wie das von den verschiedensten Autoren immer wieder hervorgehoben worden ist, der therapeutische Effekt sehr in Frage gestellt ist und aus diesem Grunde immer höhere Quantitäten, sogar bis zu 3,6 g, gefordert werden. Das ist auch der Grund, weshalb man die Salvarsankur mit der früheren Behandlungsmethode kombiniert hat. Die von S. gespritzten 170 Fälle sind aber insofern absolut rein, als sie ausschließlich und allein ohne jegliche Anwendung von Hg und Jod mit den fertiggestellten kleinen Salvarsandosen behandelt worden sind, die Rezidive sehr selten auftraten und die syphilitischen Erscheinungen prompt schwanden, ohne daß beklagenswerte Nebenerscheinungen oder sogen. Neurorezidive auftraten.

Flero ist eine zuverlässige, gebrauchsfertige, klinisch geprüfte **Salvarsansuspension** für intramuskuläre Injektion, die von der Chemischen Fabrik Liestal, Basel, aus Salvarsan der Höchster Farbwerke unter allen aseptischen Kautelen und unter Kontrolle von Dr. Fleissig (Bürgerspital, Basel) hergestellt wird. Die intramuskuläre Injektion bietet nach Ehrlich am besten Gewähr für Dauerwirkung. Die Mißerfolge mit intramuskulären Salvarsaninjektionen rührten von ungeeigneter Zubereitung (viel zu großem Volumen der eingespritzten Massen, unresorbierbarer Fettgrundlage) her. Salvarsansuspension „Flero" wird unter Vermeidung dieser beiden ungünstigen Faktoren hergestellt und entspricht auch in Bezug auf Haltbarkeit und Handlichkeit den höchsten Anforderungen. Es ist eine haltbare, auf kleinstes Volumen konzentrierte, genau dosierbare Salvarsansuspension für intramuskuläre Injektionen. Die Injektion von Flero ist schmerzlos oder verursacht nur ganz geringe Schmerzen. Das Präparat kommt, um jede weitere, die Sterilität bedrohende Manipulation auszuschalten, in graduierte Glasspritzen eingefüllt, gebrauchsfertig in den Handel. Die Injektion erfolgt mittels Schraubengewinde und geht dadurch vollkommen gleichmäßig gleitend ohne Kraftaufwand vor sich, so daß keinerlei Verschiebung der Kanüle während der Injektion möglich ist, wodurch Embolien vermieden werden. In Flero ist Salvarsan ganz außerordentlich fein verteilt, wodurch eine vollkommene Ausnutzung garantiert ist; die Herstellung erfolgt maschinell, unter Luftabschluß und mit peinlicher Sorgfalt nach den Regeln der Asepsis. Flero kommt auch als Suspension zur Behandlung luetischer Kinder in Dosen à 0,1 g Salvarsan in den Handel, ein Vorteil, den kein anderes Präparat bietet. Jedes Glasröhrchen von Salvarsan „Flero" enthält 0,3 g Salvarsan und trägt eine Einteilung in sechs gleichgroße Teile eingraviert, so daß von Strich zu Strich je 0,05 g Salvarsan enthalten sind. Für Erwachsene wird meistens die Dosis von 0,3 g auf einmal injiziert, oder eine ganze Spritze; nach etwa 8 Tagen wird dann die gleiche Dosis eingespritzt. Die Injektion wird im äußeren, oberen Quadranten des Glutäus vorgenommen, und zwar so, daß die sterilisierte Kanüle ca. 5 cm tief in die Muskeln eingestochen wird. Die Sterilisation der Nickelkanüle erfolgt durch Auskochen; die Hautdesinfektion des Patienten geschieht durch Aufpinseln von Jodtinktur.

Die Originalpackung besteht in Kartons à 2 und 6 Röhrchen, dazu als einmalige Anschaffung Flero-Besteck.

Aufträge aus Deutschland sind zu richten an Dr. P. Auer, Hüningen/Elsaß. Exportfiliale: Hamburg, Alsterufer 15.

Sonstige medikamentöse Therapie.

Dr. **M. Lewitt** (Berlin): **Zur internen Behandlung der Syphilis, besonders mit Hg-Glidine.** (Fortschritte der Medizin, 1911, No. 42.)

Die bisherigen Beobachtungen ergeben, daß die toxischen Eigenschaften des Quecksilbers in Hg-Glidine durch die organische Bindung wesentlich herabgesetzt sind und daß es neben Mergal zu den wirksamsten und empfehlenswertesten Mitteln für eine innere Quecksilberkur gerechnet werden darf, während alle anderen Präparate mehr oder minder den Nachteil haben, daß sie zu leicht Koliken, Enteritis und Darmblutungen als recht lästige Nebenwirkungen des Quecksilbers hervorrufen. Nach wie vor gibt Verf. der Injektions- oder Einreibungskur entschieden vor der internen Behandlung den Vorzug, denn sie üben eine nachhaltigere Wirkung aus, wie die Urinuntersuchungen zeigen. Es bleiben aber immer noch Fälle genug übrig, bei denen die innere Behandlung ihren Platz behauptet. So ist z. B. bei schwächlichen Frauen und Kindern die Injektionskur nicht durchführbar, oder bei Personen, die mit Lichen pilaris behaftet sind, ist das Eindringen der Quecksilbersalbe ungemein erschwert. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß die Schmierkur, falls sie nicht einem geschulten Masseur übertragen wird, von den Kranken selten gewissenhaft ausgeführt wird und die Injektionen zuweilen auch ihre Schattenseiten haben, so wird man in einer Zahl von Fällen seine Zuflucht zu einem internen Antisyphiliticum nehmen müssen. Namentlich sind es reisende Kaufleute, die fast täglich den Aufenthaltsort wechseln oder zu früh eine begonnene Kur haben unterbrechen müssen, bei denen die innerliche Darreichung von Quecksilber die bequemste Anwendungsform ist. Und diese bequeme sowie diskrete Anwendung des Mittels ist ein nicht zu unterschätzender Vorteil gegenüber einer eventuellen ungleichmäßigen Wirkung, auf die wir bei dem individuell verschiedenen Resorptionsvermögen des Darmes gefaßt sein müssen. Bei weniger intelligenten Kassenpatienten wird man nicht das volle Vertrauen

haben zu ihrer Gewissenhaftigkeit, eine Schmierkur sorgfältig durchzuführen; oft wird es ihnen vielleicht durch ihre Umgebung erschwert, der sie den Charakter der Krankheit verheimlichen müssen. Hier kann sich der Arzt die zeitraubende Unterweisung ersparen und die innerliche Anwendung bevorzugen.

Weiterhin lehren die Urinuntersuchungen des Verfassers, daß es eine Reihe von Tagen dauert, ehe Hg im Urin nachzuweisen ist. Sollte es, sagt er, da nicht angebracht sein, Hg-Glidine in kleineren Dosen — etwa täglich 2—3 Tabletten — zu verordnen, wenn bei einer Injektionskur Stomatitis aufgetreten ist und man zu einer Unterbrechung der Kur gezwungen ist? Dies hat den Vorteil, daß die Quecksilberkur nicht ganz aufhört, ohne daß bei der langsamen Resorption eine Ueberschwemmung des Körpers mit Hg zu befürchten ist.

Nichts hindert uns, in Zukunft bei frischen Fällen von Syphilis zuerst einen Versuch mit der Salvarsanbehandlung zu machen und, da sich die Hoffnung auf eine Therapia magna sterilisans durch eine einmalige Injektion als trügerisch erwiesen hat, sofort eine interne Quecksilberkur folgen zu lassen. Bei dieser kombinierten Behandlung dürfte man, meint Verf., vielleicht am besten den modernen Anschauungen gerecht werden. Das Quecksilber erweist sich erst nach dem Erscheinen allgemeiner Symptome als wirkungsfähig; diesen langen Zeitraum der Latenz darf man aber nicht mehr ungenützt verstreichen lassen angesichts der Tatsache, daß Ehrlich-Hata 606 ein ausgesprochen spirochätentötendes Mittel ist und die Fortschritte der Diagnostik uns heute in den Stand setzen, so frühzeitig als möglich die syphilitische Ansteckung zu erkennen.

Wird aber Hg-Glidine unter solchen Kautelen angewandt, so wird man sicherlich keine Enttäuschung erleben. Verf. hält seine Einführung in die Praxis für eine entschiedene Bereicherung des Arzneischatzes.

1. Dr. med. et phil. **J. Nerking** (Düsseldorf): **Ueber Rhodalzid, eine neue Rhodanverbindung, und dessen Anwendung.** (Med. Klinik, 1912, No. 6.)
2. **A. Lohmann**, Hofzahnarzt in Cassel: **Erfolge mit Rhodalzid, einem neuen Rhodanpräparat.** (Archiv f. Zahnheilkunde, 1911, H. 8.)
3. Dr. **Artur Scheuer**, Zahnarzt in Teplitz-Schönau: **Rhodalzid. Seine Wichtigkeit für die Zahnheilkunde und seine Zukunft für die innere Medizin.** (Prager med. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Im gemischten Mundspeichel des gesunden Menschen kommt normalerweise Rhodan in Form von Rhodannatrium oder -kalium vor. Die Menge des Rhodans im gemischten Speichel wechselt und beträgt 0,003 bis 0,010 pCt. Michel in Würzburg war einer der ersten, der darauf aufmerksam machte, daß das Rhodansalz im Speichel fehlt bei starker Caries; er schrieb ihm eine cariesverhütende Tendenz zu und schlug vor, bei dieser Erkrankung das fehlende Rhodan direkt per os zuzuführen, wodurch gleichsam die schlummernde Rhodanproduktion der Speicheldrüsen angeregt und der fortschreitenden Caries damit Einhalt getan würde. Die Tatsache, daß bei Caries Rhodan im Speichel fehlt, ist nun von verschiedenen einwandfreien Seiten bestätigt worden und damit dem Rhodan mit einem Male eine wichtige Funktion im Körperhaushalte zuerkannt worden. Außer bei der Caries dentium ist das Natriumrhodanid bei anderen Krankheiten angewandt worden. So bei Arteriosklerose und Harnsteinen von W. Bentley und le Roy, die gefunden hatten, daß selbst stark verdünnte Lösungen von Natriumrhodanid unlösliche Calcium- und Magnesiumsalze in vitro sowohl wie auch im Organismus lösen können. Toltàn beobachtete eine den Rhodansalzen ähnliche Wirkung des Natriumrhodanids und verwandte dasselbe außer bei Arteriosklerose mit Erfolg bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, bei hartnäckiger Migräne und sympathischen Neurosen, wo es die Wirkung aller sonst gebräuchlichen Mittel weit übertreffen soll. Haben nun auch die Rhodanverbindungen schon therapeutische Verwendung gefunden, so ist es doch auffallend, daß bei den hervorragenden Eigenschaften die Anwendung keine größere ist. Dies scheint hauptsächlich an den beobachteten ungünstigen Nebenerscheinungen zu liegen, die durch die Giftigkeit des Rhodansalzes begründet sind. Im stark sauren Speichel, wie er bei der Caries meist vorhanden ist, ebenso im sauren Magensaft, wird das Rhodansalz gespalten, und die stark giftige und ätzende Rhodanwasserstoffsäure, die entsteht, kann auf die Organe, insbesondere die Schleimhäute, nicht ohne schädigende Wirkung sein. Diese Erwägungen führten Dr. Nerking (1) dazu, nach einer Rhodanverbindung zu suchen, die einerseits die trefflichen therapeutischen Eigenschaften der Rhodansalze besitzt, andererseits nicht deren Giftigkeit entfaltet. Eine derartige Verbindung stellt das Rhodalzid dar. Rhodalzid ist ein Rhodaneiweißpräparat von bestimmtem, stets gleichbleibendem Rhodangehalt, welches mit schwachen Säuren keine giftige Sulfocyanwasserstoffsäure abspaltet und an sich, selbst in größeren Dosen, ungiftig ist. Als Arzneiform hat sich die Tablette bewährt; jede Tablette wiegt 0,25 g und enthält rund 0,048 g gebundene Rhodanwasserstoffsäure. Was die Dosierung betrifft, so gibt man in der Regel 8 Tage lang täglich 3 Tabletten nach dem Essen, weitere 8 Tage 2 Tabletten, setzt dann 8 Tage aus und gibt zuletzt 14 Tage eine Tablette nach dem Mittagessen; eventuell wiederholt man den Turnus noch einmal.

Lohmann (2) hat einer großen Zahl von Kindern mit starkem Zähneverfall Rhodalzid verordnet und damit vollen Erfolg erzielt. Völlig freiliegende Nerven hörten auf, schmerzhaft zu reagieren. L. erwähnt ferner einige Fälle von schwerer Glossitis, welche nach Gebrauch des Rhodalzid auffallend rasch verschwanden. Bei zwei Fällen handelte es sich um Glossitis profunda, die lange Zeit bestand und erst nach Darreichung von Rhodalzid (in 3—4 Wochen) völlig zurückging. In hartnäckigen Fällen von Stomatitis ulcerosa und aphthosa, wo antiseptische Mundwässer, Formaminttabletten und selbst die Behandlung mit Pyocyanase keine Wirkung ausübten, kam L. in kurzer Zeit mit Rhodalzid zum Ziel. Schlingbeschwerden, die wir so häufig bei schwieriger Extraktion des 3. unteren Molaren oder bei Infektion der Zahnfleischtasche beobachten, auch die Schmerzen resp. Entzündungen nach Extraktion periostkranker Zähne, verschwinden nach dem Einnehmen von Rhodalzid auffallend schnell. Mit Sicherheit glaubt L. auch behaupten zu können, daß Rhodan die zähschleimigen Schutzumhüllungen der Bakterien in den Plaques vernichtet und die gefährlichen Toxine unschädlich macht. Das Mittel wird somit auch diejenigen Fälle von akutem Gelenkrheumatismus ausschalten, welche infolge Infektion durch Saprophyten entstehen. Da bekanntlich selbst stark verdünnte Lösungen von Natriumrhodanid die sonst schwer löslichen Calcium- und Magnesiumsalze in vitro und im Organismus zu lösen vermögen, so hat das Präparat auch bei Arteriosklerose und Harnsteinen sehr gute Resultate erzielt. Auch gegen Darmfäule wird nach L.s Ansicht Rhodalzid mit gutem Erfolge verordnet werden.

Die Ueberempfindlichkeit des Zahnbeines wird durch Rhodalzid derart beseitigt, daß Exkavieren, Ausbohren, Abschleifen usw. mit relativ geringeren Schmerzen und Unbequemlichkeiten verbunden ist. So konnte L. es auch mit größtem Erfolge bei Schwangeren als Prophylakticum und zur Beseitigung der Schmerzhaftigkeit der Zähne verabreichen.

Sind im Speichel Rhodansalze vorhanden, so befinden sich auch die unter den Kronen- und Brückenarbeiten befindlichen Schleimhäute in gesundem Zustande, ebenso die Zahnfleischzipfel (Papillen). Bei Entzündungen, Infektionen, Verletzungen des Zahnfleisches wird die Medikation von Rhodalzid in manchen Fällen die Entfernung von Brückenarbeiten unnötig machen.

Störungen des Verdauungssystems, welche so viele Erkrankungen des Zahnfleisches, des Periostes und der Alveolen mit sich bringen, werden durch Aufnahme von Rhodan aufs günstigste beeinflußt. Ein gleiches gilt für die beruflichen Mundhöhlenerkrankungen: Metall-, Quecksilber-, Phosphorvergiftungen, Einatmung von Mehl-, Zuckerstaub usw.

Scheuer (3) bestätigt seinerseits die Erfolge Lohmanns durchaus und hebt in seiner Arbeit die Wichtigkeit des Rhodalzids für die Zahnheilkunde und seine Zukunft für die innere Medizin mit Nachdruck hervor.

Fabrikant des Rhodalzid: Chemische Fabrik Reisholz, G. m. b. H., Düsseldorf-Reisholz.

Dr. **Fr. Bogner** (München): **Adamon, ein neues Sedativum.** (Medizinische Klinik, 1912, No. 2.)

Die Farbenfabriken vorm. Friedr. Bayer & Co., Elberfeld, stellen unter dem Namen Adamon ein neues Sedativum her, das nach Verfassers Beobachtungen geeignet ist, die Brom- und Baldrianpräparate zu ersetzen. Adamon ist ein Dibromdihydrozimmtsäureborneolester. Verf. hat es bis jetzt ca. 40 Patienten verabreicht, und zwar bei leichteren Erregungszuständen, nervöser Tachykardie und bei nervösem Herzklopfen. Die Erfolge waren durchweg gut. Hypnotische Wirkung konnte nicht erzielt werden, doch gaben die Patienten einstimmig an, daß sie wenigstens ruhig im Bette liegen konnten und sich nicht, wie vor der Adamonmedikation, von einer Seite auf die andere werfen mußten. Bei Herzklopfen nahmen die subjektiven Beschwerden rasch ab. Pulsbeschleunigungen konnten in geeigneten Fällen sehr günstig beeinflußt werden. Eine wesentliche Beeinflussung des Blutdruckes, das heißt eine nennenswerte Herabsetzung desselben, war dagegen nicht festzustellen. Das Präparat wurde von allen Patienten, auch empfindlichen, gerne genommen, da es fast völlig geschmack- und geruchlos ist. Vor allem klagte keiner der Patienten über das sonst bei allen Mitteln aus der Baldriangruppe störende Aufstoßen nach dem Einnehmen. Auch wurde das Medikament von seiten des Magens und des Darmes ausgezeichnet vertragen. — Verf. hat das Adamon zum Teil in Pulver- oder Tablettenform à 0,5 g nehmen lassen. Die Tabletten wurden von den Patienten aus rein praktischen Gründen bevorzugt. Gegeben wurden pro die 3—5 Dosen à 0,5 g. Ueble Nebenerscheinungen konnten in keiner Weise verzeichnet werden. Kr.

Dr. **Schreiber** (Berlin): **Einige Erfahrungen mit Bromural.** (Aerztliche Mitteilungen, 1912, No. 2.)

Obwohl wir eine ganze Menge von Schlafmitteln besitzen, so reduziert sich doch bei einer rationellen Anwendung die in Frage kommende Zahl ganz beträchtlich. Manche sind für eine längere Anwendung ungeeignet, andere versagen bei Schmerzen und bei fieberhaften Zuständen, wieder andere wirken kumulierend. Daher ist die Auswahl eines geeigneten Hypnoticums immerhin eine Frage von nicht untergeordneter Bedeutung.

Als Schlafmittel für leichtere Fälle, insbesondere auch für die Frauen- und Kinderpraxis, kommen Bromural und Adalin in Betracht. Während ersteres selbst in hohen Dosen und bei dauerndem Gebrauch völlig unschädlich ist, wurde durch die Landesheilanstalt Uchtspringe für letzteres eine kumulierende Wirkung nachgewiesen, die eine länger dauernde Anwendung des Adalins nicht wünschenswert erscheinen läßt. Auch ist die Resorption des Adalins weniger prompt und vollständig, als die des Bromurals, so daß Verf. für alle Fälle, in denen es sich um nervöse Schlaflosigkeit handelte, das letztere vorzog. Das Präparat leistete ihm ferner bei erschwertem Einschlafen und bei nervösen Erregungszuständen sehr gute Dienste. Auch verwandte er es häufig mit Erfolg bei Lungenkranken. Insbesondere konnte er hier die Beobachtung von Senator, daß es die Nachtschweiße günstig beeinflußt, bestätigen.

Das Bromural hat vor anderen Schlafmitteln noch den großen Vorzug, daß der Patient am nächsten Morgen einen klaren Kopf behält. Endlich ruft Bromural auch bei längerer Darreichung keine Angewöhnung hervor, sondern es stellt sich im Gegenteil bei längerem Gebrauch der natürliche Schlaf von selbst wieder ein.

Auf Grund seiner Erfahrungen verordnet Verf. Bromural überall da, wo es ihm darauf ankommt, ein auch für längere Behandlung geeignetes und unschädliches Sedativum und Hypnoticum anzuwenden. Bei leichten Lungenkatarrhen bewährte sich Bromural dem Verf. in doppelter Hinsicht, erstens als Linderungsmittel für den Husten und zweitens als schweißhemmendes Mittel.

Dr. **C. Bachem**, Privatdozent und Assistent des pharmakolog. Universitätsinstituts in Bonn: **Codeonal, ein neues Narkoticum und Hypnoticum.** (Berliner klin. Wochenschr., 1912, No. 6.)

Durch eine Reihe Untersuchungen hat Bürgi festgestellt, daß Kombinationen narkotischer Mittel verschiedener chemischer Gruppen imstande sind, die Wirkung ihrer Komponenten nicht nur zu addieren, sondern bis zu einem gewissen Grade zu potenzieren.

Während die meisten Alkaloide, so das Chinin, Kokain und Morphin, mit der Diäthylbarbitursäure sich nicht zu Salzen vereinigen lassen, gelingt es, durch Vereinigung von je einem Molekül Codein und Diäthylbarbitursäure ein schön kristallisierbares Salz herzustellen, welches entsprechend seiner Konstitution 63 pCt. Codein und 37 pCt. Diäthylbarbitursäure enthält. Dieser Körper hat einen Schmelzpunkt von 85° und bildet bitter schmeckende, schräg abgestumpfte Säulen, die in Alkohol, Chloroform, Aether und 30 Teilen Wasser löslich, dagegen in Benzol, Xylol und Toluol unlöslich sind.

Da dem Codein wie auch der Diäthylbarbitursäure sedative Wirkungen zukommen, ist obige Verbindung vom therapeutischen Standpunkte aus durchaus rationell. Dabei ist jedoch zu bemerken, daß Codein nur beim Menschen in den üblichen Gaben sedativ wirkt, daß dagegen Tiere bei relativ geringen Dosen mit Reflexübererregbarkeit und Krämpfen reagieren.

Das Codein. diaethylbarbit. ist als solches beim Menschen als Schlafmittel nicht anwendbar, da es einerseits zu viel Codein — 63 pCt. des Moleküls — enthält, andererseits zu wenig Diäthylbarbitursäure — 37 pCt. —, so daß beispielsweise in ½ g etwa 0,31 g Codeinum purum (entsprechend 0,42 g Codeinum phosphoricum) neben nur 0,18 g Diäthylbarbitursäure enthalten sind. Um die Substanz dennoch als Mischnarkoticum brauchbar zu machen, ist ein erheblicher Zusatz von Diäthylbarbitursäure oder, noch zweckmäßiger, deren Natriumsalz am Platze.

Die in den Handel kommende Mischung, Codeonal genannt, besteht aus 11,76 pCt. Codein. diäthylbarbit. und 88,24 pCt. Natrium diaethylbarbit. Codeonaltabletten enthalten 0,02 Codeinum diaethylbarbituricum und 0,15 Natr. diaethylbarbit. Sie sind mit einer dünnen Zuckerschicht überzogen (damit der bittere Geschmack nicht zur Geltung kommt) und enthalten als Geruchs- und Geschmackskorrigens Spuren von Pfefferminzöl. Die Dosierung der Tabletten und die Verzuckerung wurde auf Veranlassung von Prof. Alt-Uchtspringe gewählt. Der Codeingehalt, berechnet auf reines Codein, beträgt 7,4 pCt. Das Präparat eignet sich gut als Sedativum und Hypnoticum besonders in jenen Fällen, in denen der Schlaf durch Hustenreiz u. dergl. gestört ist, sowie bei Vorhandensein von Schmerzen in den vom Sympathicus innervierten Organen, wo Codeindarreichung angezeigt ist.

Einige unerwünschte Nebenwirkungen der Diäthylbarbitursäure werden im Codeonal vermindert oder unterdrückt; besonders tritt der nach Diäthylbarbitursäure beobachtete Temperaturabfall beim Codeonalgebrauch bedeutend zurück.

Bei den relativ geringen therapeutisch üblichen Mengen dürfte das Codeonal so gut wie keine Temperaturherabsetzung bedingen. Man wird sich also seiner in allen Fällen mit Vorteil bedienen können, wo eine Temperaturverringerung vermieden werden soll und andere Schlafmittel aus dem angegebenen Grunde kontraindiziert sind.

B. hatte verschiedentlich Gelegenheit, sich von der günstigen therapeutischen Wirkung des Codeonals zu überzeugen, in einigen Selbstversuchen und auch sonst fand er, daß Anfälle nervöser Schlaflosigkeit oder wo solche infolge Hustens bestand, bereits nach Gebrauch einer Tablette beseitigt wurden. Inwieweit sich das Codeonal auch zur Behandlung anderer Erkrankungen (Influenza, dysmenorrhoischer Beschwerden) oder zur Vorbereitung auf die Narkose eignet, wird die klinische Erfahrung lehren.

Es dürfte somit feststehen, daß beim Codeonal die narkotische Wirkung seiner Komponenten völlig ausgenutzt wird, daß dabei aber die narkotische Dosis verringert ist, und daß infolgedessen Nebenwirkungen um so leichter vermieden werden. Das Codeonal wird von der Firma Knoll & Co., Ludwigshafen a. Rh., in den Handel gebracht. Ein Röhrchen mit 10 Tabletten kostet 1,25 M. K.

Dr. **G. Beyerhaus: Klinische Erfahrungen mit Codeonal.** Aus der Rheinischen Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Grafenberg (Direktor: Geh. San.-Rat Dr. Peretti). (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Das Codeonal wurde an 92 ausschließlich weibliche Personen verabreicht, von denen 88 Geisteskranke und nur 4 geistig Normale waren. Um die sedative Wirkung des Mittels zu erproben, erhielten Codeonal zehn geisteskranke Frauen, von denen je drei an schweren manischen oder katatonischen, je eine an hysterischen oder paralytischen Erregungszuständen erkrankt waren. Die beiden anderen Frauen litten an Melancholie, die durch die üblichen therapeutischen Mittel bisher nicht beeinflußt worden war. Bei den zuerst genannten Erregungszuständen war die Wirkung nicht hinreichend befriedigend; bei den beiden an Melancholie leidenden Kranken trat während der Darreichung von täglich drei Tabletten eine gewisse Beruhigung ein. Die Kranken wurden munterer und schliefen besser. Als Hypnoticum kam das Codeonal bei 78 geisteskranken und 4 geistig normalen Frauen zur Anwendung. Die Dosierung richtete sich selbstverständlich nach der Schwere der Schlaflosigkeit; es wurden 1—3 Tabletten gegeben. Die Wirkung war häufig nicht gleichmäßig. Wirkte das Mittel, so trat meist nach ½—1 Stunde, bisweilen schon früher, bisweilen auch erst nach 2 Stunden eine Beruhigung der Kranken ein. Es machte sich eine Erschwerung des Gedankenablaufes und eine leichte Schläfrigkeit bemerkbar. Kurze Zeit darnach trat dann der Schlaf ein. Bei ausreichender Wirkung dauerte er 5—7 Stunden und war ruhig, tief und gleichmäßig. Wurden die Kranken durch irgendwelche Geräusche in der Umgebung geweckt, so schliefen sie gewöhnlich schnell wieder ein. Beim Erwachen erschienen sie in der Regel sofort frisch und munter, und diejenigen Patienten, die zuverlässige Angaben machen konnten, bestätigten dies auch. Eine Herabsetzung des Blutdruckes durch Codeonal wurde nicht beobachtet. Ein Temperaturabfall um 0,2—0,3° wurde häufiger festgestellt; stärkere Temperaturerniedrigung trat jedoch niemals ein. Die Herabsetzung des Pulses und der Atmung blieb stets innerhalb der normalen Grenzen. Diese bei herzgesunden Leuten gemachte Erfahrung veranlaßte Verf. auch, Patienten mit krankhaften Veränderungen des Kreislaufsystems, die z. B. mit einer Myokarditis oder einem Herzklappenfehler behaftet waren, Codeonal in vorsichtiger Weise zu verabreichen. Auch sie vertrugen das Mittel gut. Magen und Darm wurden im allgemeinen nicht geschädigt. Im Urin, der öfters untersucht wurde, fand sich weder Albumen noch Blut. Eine kumulative Wirkung des Codeonals kam nicht zur Beobachtung; auch wurde eine Gewöhnung an das Mittel im allgemeinen nicht wahrgenommen, obwohl es häufiger 15—20 Abende hintereinander regelmäßig gegeben wurde. Auf Grund seiner Beobachtungen hält B. das Codeonal für geeignet, Ausreichendes zu leisten bei Schlaflosigkeit im Gefolge der verschiedensten Psychosen, sobald sie leichteren Grades sind. Bei der Schlaflosigkeit von schwer erregten Geisteskranken versagt es häufig; seine Anwendung ist daher hier nicht zu empfehlen. Bei geistig normalen Patienten lieferte das Codeonal gute Ergebnisse. Es beseitigt prompt die Schlaflosigkeit, die infolge starker Hustenanfälle und körperlicher Schmerzen bestand. Das Hauptindikationsgebiet für die Anwendung des Codeonals ist die Bekämpfung der Schlaflosigkeit, die bedingt ist durch Schmerzen, nächtlichen Husten oder andere körperliche Beschwerden. L. R.

Oberarzt Dr. **Otto Gaupp: Ueber klinische Erfahrungen mit Codeonal, einem neuen Schlaf- und Beruhigungsmittel.** Aus der I. inneren Abteilung (Prof. Päßler) des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt. (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Das neue Hypnoticum wurde vom Verf. bei 60 Patienten in etwa 500 Einzeldosen mit gutem Erfolge zur Anwendung gebracht, und zwar vorwiegend bei schwerer Lungen- und Kehlkopftuberkulose, bei Tabes, Paralysis agitans, Herzfehlern, Cephalalgie, Polyarthritis und nervöser Agrypnie. In vier Fällen versagte das Mittel, in drei Fällen trat bei bestehender Magenaffektion Erbrechen auf. Sonstige Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet. Die Dosis schwankt zwischen 1 bis 4 Tabletten (vergl. die vorhergehenden Referate); meist kommt man mit 2, manchmal sogar mit einer aus. Gewöhnlich tritt die Wirkung, ein 6- bis 7stündiger Schlaf, nach Verlauf einer halben Stunde ein. — Sein Urteil über Codeonal formuliert Verf. zusammenfassend wie folgt: Das Codeonal hat sich als ein Schlafmittel bewährt, das im allgemeinen sicherer zu wirken scheint als die bisher bekannten Mittel, mit Ausnahme des Morphiums. Seine Anwendung ist speziell in solchen Fällen indiziert, wo die Schlaflosigkeit als Folge von nicht zu heftigen Schmerzen oder entsprechenden Störungen (Husten, Atemnot usw.) besteht. Auch dann, wenn man gezwungen ist, längere Zeit Schlafmittel anzuwenden, wird das Codeonal als willkommene Abwechslung in Betracht kommen. L.

Dr. med. C. E. Vorster, Spezialarzt f. Nieren-, Blasen- und Harnkrankheiten in Düsseldorf: **Ueber Vesicaesan bei Erkrankungen der Nieren und Blase und bei Gonorrhoe.** (Dermatolog. Zentralblatt, 14. Jahrg., No. 5.)

Die Folia Uvae ursi wurden früher vielfach bei den Erkrankungen der Harnwege verwendet, sind dann aber durch neuere Mittel mehr oder weniger verdrängt worden, weil ziemlich große Mengen der Droge zur Behandlung erforderlich sind und dazu der Geschmack der gewöhnlichen Anwendungsform, des Dekoktes, ein sehr widerwärtiger ist. Kavallier hat aus den Blättern ein kristallinisches Glykosid, das Arbutin, gewonnen, dem man die Wirkung der Droge zuschrieb. Tatsächlich ist das Arbutin ein kräftiges Diureticum. Nach neueren Angaben ist das Arbutin aber nicht der einzige wirksame Bestandteil der Folia Uvae ursi, und diese Angabe deckt sich mit den Erfahrungen, die Verf. vorliegender Arbeit bei Anwendung desselben gemacht hat. Die Blätter enthalten außer dem Arbutin u. a. noch wesentliche Mengen Gerbstoff und ein flüchtiges Oel, von denen ersteres bei den gewöhnlichen Anwendungsformen nur zum Teil, letzteres überhaupt nicht mit ausgezogen wird, bezüglich im Extrakt enthalten ist, da es sich schon bei + 50° verflüchtigt. Verf. verordnet daher ein Präparat, welches sämtliche Extraktiv- und flüchtigen Stoffe enthält und zwar in konzentriertester und solcher Form, in der die Darreichung möglichst bequem für den Patienten ist. Als ein zuverlässiges Verfahren, die Gesamtbestandteile der Folia Uvae ursi unzersetzt zu erhalten, hat sich die fraktionierte Extraktion mit geeigneten Lösungsmitteln unter Anwendung niedrigster Temperaturen bewährt. Am geeignetsten zur Erzielung eines recht wirksamen Präparates sind die frischen oder frisch getrockneten Blätter. Das nach oben erwähntem Verfahren und aus wirksamen frischen Folia Uvae ursi bereitete Extrakt — Vesicaesan — wird am besten in Pillenform dargereicht. Jede Pille enthält die wirksamen Bestandteile von 0,53 g der frisch getrockneten Blätter. Die Medikation ist alsdann 4 mal täglich 6—10 Pillen. Nach jedesmaligem Einnehmen läßt Verf. ein Glas Wasser nachtrinken. Er hat in seiner Praxis in allen Fällen, in denen er Vesicaesanpillen anwandte, die überraschendsten Erfolge gehabt, insbesondere bei ganz chronischen Fällen. Von größter Wichtigkeit ist, daß die Vesicaesanpillen ein Mittel darstellen, bei dem es ausgeschlossen ist, daß irgendwelche Reizerscheinungen der Nieren vorkommen. Es besteht daher die Möglichkeit, die Pilulae Vesicaesani als Dauermittel mit bestem Erfolge zu verordnen! Kr.

Uzara bei Dysmenorrhoe. Zu unserem Bericht über das neue Antidiarrhoicum Uzara („Allg. Med. Central-Ztg.", 1912, No. 11, S. 138) ist noch nachzutragen, daß Dr. Eugen Faust, wie er in dem angeführten Bericht mitteilt, dies neue Heilmittel auch in einem Falle von Dysmenorrhoe (Dosis: 2 mal 3 Tabletten im Laufe eines halben Tages) mit Erfolg verabreicht hat, und zwar 3 mal bei der betr. Patientin. Wenn dieser eine Fall auch kein endgültiges Urteil über diese bisher unbekannte Indikation von Uzara erlaubt, so fordert er doch dringend zu weiteren Versuchen in dieser Richtung auf. L.

Albert Fraenkel (Badenweiler-Heidelberg): **Chronische Herzinsuffizienz und intravenöse Strophanthintherapie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 6 u. 7.)

Verf. setzt eingehend auseinander, unter Mitteilung einzelner typischer Fälle, daß bei verschiedenen Gruppen von kardialen Stauungszuständen, welche der üblichen Digitalismedikation per os nicht zugänglich sind, durch die intravenöse Strophanthintherapie noch Erfolge erzielt werden. Dies gilt in erster Linie von den meist mit pulmonaler Stauung in der Form des Lungenödems einhergehenden akuten Herzinsuffizienz. — Ferner kann man in Fällen weniger bedrohlicher, aber mit großen subjektiven Beschwerden einhergehender subakuter Herzinsuffizienz bei allgemeinen oder vorwiegend peripherischen Stauungen die intravenöse Strophanthininjektion zur Einleitung einer Digitalistherapie per os anwenden (relative Indikation). Ihre Anwendung befreit den Kranken um 1—2 Tage rascher von den Qualen der Oppression. Endlich ist die intravenöse Strophanthintherapie in der Form häufig und serienweise sich wiederholender Injektionen auch berufen, bei der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz eine Rolle zu spielen. Es empfiehlt sich, in allen Fällen langbestehender Dekompensation, bei denen die per os-Behandlung mit Digitalispräparaten nicht zum Ziele führt, auch ohne imminente Gefahr den endovenösen Weg zu versuchen. Bei Fällen von chronischer Herzinsuffizienz, bei denen die hepatischen Stauungen im Vordergrund stehen, namentlich solchen, bei denen die Leberschwellung von Magenstörungen und Intoleranz gegen Medikamente begleitet ist, sollte man nach Verf. die per os-Therapie erst gar nicht zu erzwingen versuchen. Auch für diese Fälle chronischer Herzinsuffizienz besteht eine absolute Indikation der intravenösen Einverleibung von Digitalispräparaten. In der Praxis hat man es allerdings häufig mit Mischformen der betreffenden Zustände zu tun. — Die Serienbehandlung mit intravenösen Strophanthininjektionen wäre nach Verf. etwa in folgender Weise durchzuführen: Ist es nach einer ersten Strophanthininjektion zu einer ähnlich günstigen, aber vielleicht flüchtigeren Wirkung auf Puls, Atmung oder Diurese gekommen, wie bei akuter oder subakuter Herzinsuffizienz, so darf man sich von Wiederholungen der Injektionen ein Festhalten und eine Vertiefung der Wirkung versprechen. Selbst wenn aber die typische Vollwirkung nach der ersten Injektion ausbleibt, ja selbst wenn der Heileffekt sich zunächst nur in einem Nachlassen der subjektiven Beschwerden des Kranken äußert, ist es geboten, in nicht zu seltenen, anfangs kürzeren, später längeren Intervallen die Injektionen zu wiederholen. Was die Dosierung anlangt, so sollte man mit einer tastenden Dosis von ½ mg beginnen. Wird die Dosis gut vertragen, so kann man ihr nach 24 Stunden eine zweite Injektion mit der gleichen Dosis folgen lassen. Man wird von neuem und dann ¾ mg oder die volle Dosis von 1 mg injizieren, sobald der objektive oder subjektive Erfolg dieser vorangegangenen Injektionen abgeklungen ist. Im allgemeinen empfiehlt es sich nicht, die Injektionen sich häufiger als alle 36 Stunden folgen zu lassen; 24 Stunden ist das kleinste zulässige Intervall. Im Anfang der Kur werden 3—4 Injektionen in der Woche, später nur 1—2 alle 8 Tage nötig sein. Bei so vorsichtigem Vorgehen sind Gefahren ausgeschlossen. Verf. hat in zahlreichen Fällen von Serienbehandlung niemals eine unangenehme Komplikation erlebt. Bei einer Kranken hat er im ganzen 85 Injektionen gemacht und immer nur eine wohltätige Einwirkung gesehen. Todesfälle haben nur solche Aerzte bei der intravenösen Strophanthintherapie erlebt, welche offenbar unvorsichtig vorgegangen sind (zu große Dosen in zu kurzen Intervallen). Bei exzessiver nephritischer Hypertonie ist besondere Vorsicht in der Dosierung geboten. Fieber tritt nach den intravenösen Strophanthininjektionen nicht mehr auf, seitdem die Fabrik eine peinliche Sterilisierung der Lösungen vornimmt. Es handelt sich um das Strophanthin Böhringer, welches Verf. ausschließlich benutzt. Es ist dies ein amorphes Präparat. Andere haben statt dessen das kristallinische g-Strophanthin Thoms empfohlen. Verf. zieht das Strophanthin Böhringer vor, weil er auf Grund seiner Erfahrungen das Strophanthin Thoms für giftiger hält; bei letzterem liegen die therapeutischen und toxischen Dosen näher beieinander; man muß bei g-Strophanthin Thoms halb so große Dosen nehmen als bei Strophanthin Böhringer; jedoch treten selbst nach diesen halben Dosen des Thomsschen Strophanthin Nebenwirkungen (Kopfweh, Uebelkeit, Schwindel, Erbrechen) auf, die bei denselben Kranken nach Anwendung des amorphen Präparates ausblieben. R. L.

Serumtherapie.

Paul Klose: Die Behandlung der Lungentuberkulose mit Antituberkuloseserum von Dr. Alexander Marmorek auf Grund von Beobachtungen an der II. medizinischen Klinik der kgl. Charité zu Berlin. (Dissertation, Berlin 1911.)

Das Mittel hat sich als absolut unschädlich erwiesen. Die jetzt geübte Applikation, subkutan oder rektal, ist eine durchaus einfache und leichte. Ein Einfluß auf das Allgemeinbefinden ist deutlich vorhanden. In vielen Fällen wirkt es temperaturherabsetzend. Auch in den Fällen zweiten und dritten Grades hat es eine günstige Wirkung auf den Krankheitsprozeß. Wenn es auch hier nicht immer heilend wirkt, so kann es doch vielleicht die Krankheit zum Stillstand bringen

und eine Weiterzerstörung temporär hemmen. Deshalb soll es in allen Fällen angewandt werden, die noch eine Hoffnung auf Erfolg bieten. Je schwerer der Prozeß, um so länger muß das Serum angewandt werden. Man gibt es am besten vier Wochen lang, öfters im Jahre wiederholt. Ein großer Nachteil des Mittels ist sein hoher Preis.

Der Arbeit ist ein Literaturverzeichnis von 131 einschlägigen Arbeiten beigegeben, das wohl manchem Kollegen recht erwünscht sein dürfte. F.

Spezielle örtliche Therapie.

Prof. **Julius Dollinger** (Budapest): **Die Behandlung der Trigeminusneuralgien mit den Schloesserschen Alkoholeinspritzungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Verf., der früher in schweren Fällen von Trigeminusneuralgien die Exstirpation des Ganglion Gasseri nach Krause und Hatley gemacht hat (25 Fälle mit 1 Todesfall) und in 3 Fällen das Ganglion Gasseri nicht exstirpiert, sondern nur die Trigeminuswurzeln unter dem Tentorium cerebilli hervorgezogen und exstirpiert hat, hat in den letzten Jahren in einer größeren Anzahl von Fällen die Trigeminusneuralgien mit Alkoholinjektionen nach Schloesser behandelt. Er berichtet nunmehr über die damit erzielten Ergebnisse. Er benutzt als Einspritzungsflüssigkeit 80 proz. Alkohol, dem noch 1 pCt. Novocain und einige Tropfen Adrenalin beigemengt sind; jedoch sind diese Zusätze nicht direkt notwendig. Es genügt, 1—2 ccm der Flüssigkeit zu injizieren; diese Menge muß langsam injiziert werden. Verf. beschreibt ausführlich die spezielle Technik der Injektionen. Je nach den verschiedenen Aesten des Trigeminus, die erkrankt sind, muß man von verschiedenen Stellen aus injizieren. In bezug auf die Einzelheiten muß auf die Arbeit selbst verwiesen werden. Erstreckte sich die Neuralgie auf mehrere Aeste des Trigeminus, so wurden die Injektionen sämtlich in einer Sitzung ausgeführt. Treten Rezidive ein, so werden die Einspritzungen wiederholt. Verf. teilt die von ihm an 43 Fällen von schweren Gesichtsneuralgien erzielten Ergebnisse eingehender mit. Daraus ergibt sich, daß wir in den Schloesserschen Alkoholinjektionen ein Mittel besitzen, schwere Trigeminusneuralgien zu coupieren und für längere Zeit zum Stillstand zu bringen. In den meisten Fällen kehren zwar die Anfälle nach 1—5 Monaten zurück, ihre Intensität erreicht aber nur ausnahmsweise die frühere Höhe und neue Injektionen coupieren die Anfälle abermals. In einigen Fällen haben die Anfälle seit mehr als einem Jahre vollkommen aufgehört. R. L.

Technisches.

Dr. **Kurt Schmuckert** (Frankfurt a. M.): **Zur Untersuchung von Kehlkopf und Rachen bei kleinen Kindern.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Die Untersuchung des Nasenrachenraumes und des Kehlkopfes ist bekanntlich bei Kindern, besonders unter 6 Jahren, unverhältnismäßig schwieriger als bei Erwachsenen. Während die bisher konstruierten Pharyngoskope bei der Untersuchung Erwachsener vortreffliche Dienste leisten, bietet die Untersuchung mit dem Pharyngoskop bei Kindern immer noch gewisse Schwierigkeiten. Deshalb hat Verf., der schon vor zwei Jahren ein Pharyngoskop für Erwachsene konstruiert hat, jetzt durch die Firma Reiniger, Gebbert & Schall ein Kinderpharyngoskop herstellen lassen; durch erhebliche Reduktion sämtlicher Maße gelang es, ein kleines zierliches Instrument zu konstruieren, welches den Raumverhältnissen des kindlichen Pharynx gut entspricht und dabei soviel Lichtstärke besitzt, daß alle Einzelheiten des Epipharynx bezw. des Kehlkopfes exakt besichtigt werden können. Mit diesem Instrument gelingt noch bei 5—6 jährigen Kindern die Untersuchung in den meisten Fällen leicht; auch bei noch jüngeren ist die Untersuchung bisweilen möglich. Bei ganz kleinen Kindern ist gewöhnlich eine ruhige Inspektion infolge Pressens oder wegen starker Verschleimung nicht durchzuführen. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 28. Februar 1912.

Vorsitzender: Herr Landau.

Vor der Tagesordnung:

Spontan geheilte akute Lungengangrän.

Herr **Kausch**: Die 54 jährige Frau, die im Oktober v. J. wegen eines mannskopfgroßen, carcinomatös degenerierten Adenocystoms des Ovariums mit gutem Erfolge operiert worden war, bekam drei Tage nach der Operation mäßige Spannung des Leibes, erbrach abundant und wurde sehr elend; drei Tage später stellte sich Husten ein und nach vier weiteren Tagen wurde das Sputum übelriechend und die Temperatur stieg an. Das Röntgenbild ergab eine Dämpfung links hinten unten und bestätigte die Diagnose Lungengangrän. Wegen des elenden Zustandes der Patientin wurde die Operation hinausgeschoben; nach 18 tägigem Bestehen der Erkrankung verlor das Sputum seine putride Beschaffenheit und nach weiteren 3 Wochen trat völlige Heilung ein.

Operativ behandelte Lebercirrhose.

Herr **Kausch**: Bei dem 37 jährigen Potator, der, seit 1½ Jahren leidend, wegen des immer anwachsenden Ascites innerhalb fünf Monaten viermal punktiert worden war (jedesmalige Entleerung: 20 l) und an einem ulcerierten Nabelbruch litt, beschloß K. energischer vorzugehen, da die gewöhnliche Talmaoperation nach den bisherigen Berichten keine glänzenden Erfolge aufzuweisen hat. Im Januar d. J. Medianschnitt mit Umschneidung des Nabels, schräger Leberschnitt, Lösung zahlreicher Adhäsionen zwischen Leber und Bauchdecke, Anstrich der vorderen Leberfläche mit Jodtinktur, Annähung des vorderen Leberrandes und des Netzes an die Bauchwand, Vernähung des freien Netzzipfels in eine Tasche zwischen Fascia transversa und Bauchmuskulatur. Die Urinentleerung, vor der Operation 600 ccm betragend, nahm vom 5. Tage nach derselben bis auf 2500 ccm zu und blieb dann bei 1500 ccm. Der Ascites war verschwunden, desgleichen die Oedeme. Patient befindet sich jetzt in relativ guter Verfassung. Den schnellen Erfolg bezieht K. nicht auf die Bildung von Kollateralen, sondern auf den starken Anreiz der resorbierenden Kraft des Peritoneums, der durch den Jodanstrich hervorgerufen worden sei.

Ueber Meniscusverletzungen. (Mit Krankendemonstrationen.)

Herr **Bockenheimer**: Die Verletzung der Menisci des Kniegelenks kommt nicht nur als Berufskrankheit, sondern auch bei Ausübung der verschiedensten Sportbetätigungen zur Beobachtung. Meist handelt es sich um die Verletzung des Meniscus medialis. Wichtig ist, daß die Verletzung selbst nach unbedeutender Anstrengung zustande kommen kann. Die Verletzung des Meniscus ist keine einheitliche, insofern als es sich um Abriß an der Insertion, um einen Schrägriß, um eine Dislokation handeln kann; Ruptur ist häufiger als Luxation. Gelenkerguß, fixierte Beugestellung des Beines im Kniegelenk, Unmöglichkeit der Streckung. Schmerzen bei Bewegungen leiten auf die Diagnose hin. Das wichtigste Zeichen ist der charakteristische Druckschmerz an der Stelle, wo der Menicsus sich befindet. Was die Therapie betrifft, so können frische Verletzungen durch konservative Behandlung zweifellos geheilt werden, doch dauert diese Monate und Jahre, so daß die Patienten ungeduldig werden und schließlich doch noch chirurgisch behandelt werden müssen. Die operative Therapie ist also in allen Fällen anzuwenden, wo spezielle Verhältnisse eine rasche Wiederherstellung verlangen. Vortragender stellt zwei Patientinnen vor, bei denen er durch Operation ein volles funktionelles Resultat erzielt hat. Die Operation besteht darin, daß die Gelenkkapsel durch einen längeren Querschnitt gespalten und je nach dem Befund in dem einzelnen Falle der Meniscus angenäht oder exstirpiert wird. Peinlichste Asepsis und rasches Operieren ist notwendig. Nach der Naht der Kapsel und der Haut wird das Gelenk durch einen fixierenden Verband auf acht Tage ruhiggestellt. Es schließt sich daran eine achttägige Extensionsbehandlung und sodann die übliche medikomechanische Therapie.

Gesichtstätowierung durch Unfall. (Mit Krankenvorstellung.)

Herr **Rosenkranz**: Durch Sturz vom Rade hatte sich der Patient eine Hautabschürfung im Gesicht zugezogen; dabei war Kohlenstaub in die Haut eingedrungen und hatte eine Tätowierung herbeigeführt. Mit Abtragung der tätowierten Hautstelle und Thierschscher Transplantation hat R. ein befriedigendes Resultat erzielt.

Demonstration zur Röntgenbehandlung der Myome.

Herr **E. Falk** demonstriert Myompräparate von Frauen, bei denen die Röntgenbehandlung nicht zu Ende geführt werden konnte, weil lebensdrohende Erscheinungen eintraten. In dem ersten Falle, bei einer 48 jährigen Arbeiterin, mußte wegen äußerst schwerer, langdauernder Blutung nach 11 Sitzungen die Gebärmutter entfernt werden. Das Präparat zeigt, daß nicht, wie der Palpationsbefund vermuten ließ, ein intramurales, sondern ein submucöses Myom vorlag. In dem zweiten Falle, bei einer 50 jährigen Virgo mit schwerer Myokarditis (Myomherz) traten während der Behandlung (zweimal 10 Sitzungen) außer verstärkten Blutungen Fiebererscheinungen infolge doppelseitiger Salpingo-Oophoritis ein. Es ist wahrscheinlich, daß die durch die Röntgenbehandlung verursachte Kongestion zu den Genitalien eine bestehende Abknickung und Zirkulationsstörung der Adnexe verschlimmerte. In dem dritten Falle, einem schnell wachsenden intramuralen und subserösen Myom, wurde gleichfalls die Blutung während der Behandlung stärker. Ein apfelgroßes subseröses Myom zeigt knotige Prominenzen durch verschiedene Wachstumsenergie des Bindegewebes. (Autorreferat.)

Tagesordnung:

Fortsetzung der Diskussion über Radiumtherapie.

Herr **Bennewitz** hat die Angabe Gudzents, daß sich bei der Inhalation von Radiumemanation Emanation im Blute anreichert, nachgeprüft und bestätigt gefunden. Bei der Nachprüfung hat er sich streng an die von G. vorgeschriebenen Versuchsbedingungen gehalten.

Herr **Maase** geht auf die Frage der Zersetzung der Harnsäure und ihrer Salze ein. Er hat die Angabe von Lazarus, daß das Mononatriumurat, wenn es in Wasser gelöst und bei bestimmter Temperatur gehalten wird, eine Zunahme seiner Löslichkeit zeige, nachgeprüft und diese Behauptung nicht bestätigen können. Es ist möglich, daß Herr Lazarus kein reines Mononatriumurat verwendet hat oder gewöhnliches Wasser gebraucht hat.

Herr **Falkenstein** berichtet über seine Erfahrungen mit der Radiumkur bei der Gicht, die sich auf 3 chronische und 2 akute Fälle erstreckt. (2 mal Emanationsbehandlung, 2 mal Trinkkuren, 1 mal Packung.) Die Patienten gaben übereinstimmend an, daß die Kur nicht nur keinen günstigen Einfluß gehabt, sondern sie geschädigt habe. Herr Lazarus hat erwähnt, daß durch die Wirkung des Radiums Leukocyten vernichtet und Fermente frei werden. Er müsse daher die Radiotherapie ablehnen, denn die absolute Erhaltung der Leukocyten und die energische Förderung der Phagocytose halte er für die wichtigsten Bedingungen bei der Bekämpfung des akuten Anfalls und der chronischen Gicht. Ferner ist es von Nachteil, daß die Blutharnsäure durch die Radiumkur verringert oder herausgeschafft wird. Sein Standpunkt ist der, daß die absolute Menge der Blutharnsäure für die Entstehung der Gicht von untergeordneter Bedeutung ist. In gewissen Fällen läßt sich bei Gichtkranken keine Blutharnsäure nachweisen; dann gibt es wieder Fälle, bei denen die Harnsäure im Blute bleibt, obwohl alle Gichtsymptome geschwunden sind. Bei Pneumonie, Leukämie und Nephritis kann sich mehr Harnsäure im Blut finden als bei der Gicht, ohne daß es zu Gichtsymptomen kommt. Außerdem hat F. bei Gicht Harnsäure eingespritzt und doch günstige Resultate erhalten. Das Radium kann also, wenn es die Harnsäure verringert, aber nicht die giftigen Verbindungen für alle Zukunft verhindert, keinen Anspruch auf Heilung machen.

Herr **Bickel** berichtet über die biologische Wirkung der Zerfallsprodukte der Radiumemanation, die er in mehreren Serien von Tierversuchen experimentell festgestellt hat. Es zeigte sich, daß der Einfluß der Zerfallsprodukte des Radiums auf die Gewebe um so geringer ist, je strahlenärmer die Präparate sind. Mit diesem Nachweis ist aber nicht alles für die Lösung der Frage getan, ob die Zerfallsprodukte für die therapeutische Nachwirkung der Emanationskur verantwortlich zu machen sind. Es kommt darauf an zu wissen, ob das eventuell im Anschluß an die Emanationskur im Körper niedergeschlagene Radium so lange retiniert wird, als man bisher angenommen hat. Die bisherigen Versuche (Kahn u. a.) sprechen gegen eine solche Retention. Auch fragt es sich, auf Retention welcher Substanz die therapeutisch günstige Wirkung der Radiumemanation zu beziehen ist. Alle diese Fragen sind noch nicht spruchreif, weil die notwendigsten Vorstudien noch fehlen.

Herr **Pick**: Der praktische Arzt hat keine Zeit für wissenschaftliche Forschungsarbeiten; er ist darauf angewiesen, das hinzunehmen, was ihm die akademischen Forschungsstätten vermitteln. Die Ansichten stehen sich aber noch diametral gegenüber, und es ist zu bedauern, daß die anderen Institutionsleiter sich ausschweigen und zur Angelegenheit der Radiumtherapie nicht Stellung nehmen.

Herr **Fürstenberg** hebt die schlafbefördernde Wirkung der Emanationsbehandlung hervor, die nicht auf Suggestion beruhe, sondern auf die einwandfrei nachgewiesene Erweiterung der Hirngefäße und vermehrte Blutanhäufung im Gehirn zurückzuführen sei.

Herr **Brugsch**: Ob Emanations- oder Trinkkur wirksamer ist, muß die Zukunft entscheiden. Die Zukunft der Radiumtherapie liegt in der Verwendung viel größerer Mengen, als es bisher geschehen. Als gefestigte Tatsache darf angesehen werden, daß bei purinfreier Nahrung die Blutharnsäure ansteigt. — Subkutane Harnsäureinjektionen sind noch keine Gicht. Die Kalium- und Natriumzufuhr sind nicht ohne weiteres für die Gicht zu verwerten. Auch bei Kaliumzufuhr werden Nadeln ausgeschieden. Es liegt so wenig Typisches in diesen Versuchen, daß es sehr gewagt erscheint, bindende Schlüsse daraus zu ziehen und gar Direktiven für die Behandlung abzuleiten.

Herr **Klemperer** kann als Tatsachen aus eigener Erfahrung an zwei Gichtkranken bestätigen, daß die Harnsäure unter dem Einfluß der Radiumkur aus dem Blute verschwindet, wie es sonst mit keinem Mittel zu erzielen ist. Er bemerkt aber, daß es nicht möglich ist, bei der Gicht von Ueberzeugungen und Standpunkten zu sprechen; wir wissen ja nur, daß Harnsäure im Blute ist, das Wesen der Gicht ist aber noch unbekannt. Ueber den Wert der Radiumemanation bei der Gicht müssen vergleichende Untersuchungen, die sich über Jahre erstrecken, angestellt werden. Die Radiumtherapie wirkt nach K.s Erfahrung günstig bei der Gicht, die Behandlung dauert aber sehr lange. 50—60 Sitzungen sind erforderlich. Auch bei chronischem Rheumatismus hat K. sehr respektable Erfolge erzielt, aber nur in wenigen Fällen. Das ist immerhin ein Erfolg, da derartige schwere Fälle bisher jeder Therapie getrotzt haben.

Herr **Caspari**: Radium hat nach den Untersuchungen von Curie eine baktericide Wirkung, wenn auch in beschränktem Maße. Diese kommt besonders den α-Strahlen zu, die sehr leicht absorbierbar sind. Die Bestrahlung beeinflußt lokale tuberkulöse Prozesse günstig, kann aber ein Fortschreiten des Prozesses auf innere Organe nicht verhindern. Dieser Nachweis kann nur unter besonderen experimentellen Kautelen geführt werden.

Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 18. März 1912.

Vorsitzender: Herr His.

Tagesordnung:

Schluß der Diskussion über die Vorträge der Herren Ewald und Bier: „Ueber Duodenalgeschwüre".

Herr **C. Davidsohn** ist in der Lage, fast jedes Jahr eine große Zahl Geschwüre zu sehen, allerdings auf dem Sektionstisch; es sind im ganzen 50 Fälle; in den letzten zwei Monaten sah er unter 60 Sektionen im Reinickendorfer Krankenhause drei jedesmal anders komplizierte Fälle: 1. einen 70 jährigen Mann, der an Krebs des Colon transversum operiert worden war; die Stelle des Krebses war durch den Narbenzug des alten Ulcus duodeni fixiert; der Tod erfolgte durch Blutung infolge Lockerung eines Thrombus im Geschwürsgrunde. 2. eine 50 jährige Frau; das Geschwür saß nicht wie im ersten Falle dicht hinter, sondern 4 cm abseits vom Pylorus. Da muß es dem Chirurgen doch schwer sein, vom Magen aus es zu ertasten. Gewöhnlich ist das Duodenum vom Pylorus bis zur Papille 9 cm lang. Diese Frau starb an akuter Peritonitis in zwei Tagen; die Sektion ergab Fettgewebsnekrose um das Pankreas herum und hämorrhagische Nekrose des letzteren; die Nekrose saß dicht unter dem Geschwürsgrund. 3. Hier saß das Geschwür zu gleichen Teilen vor und hinter dem Pylorus; es sah also wie ein Biskuit aus. Das Lumen war nur für einen Bleistift durchgängig. Dieser junge Mann kam fast verhungert herein.

Diese drei Komplikationen sind äußerst wichtig. Auch bei Kindern ist das Ulcus duodeni häufig; ein Amerikaner fand im hiesigen Krankenhause, daß die Ueberhäutung nicht bloß, wie beim Ulcus ventriculi, vom Rande, sondern auch von den Brunnerschen Drüsen ausgeht. Das Organ liegt geschützter als der Magen; es ist geschützter gegen die Nahrungspassage und die Sondierung. Die Häufigkeit des Leidens ist nicht so groß wie in Amerika; andererseits ist vielleicht auch die Chirurgie hier weniger kühn.

Herr **Umber**: Die Fälle, die er als sichere Fälle von Ulcus duodeni ansprechen mußte, sind ihm mehrfach unter der Diagnose Cholelithiasis etc. auch von spezialistischer Seite zugeführt worden. Das Ulcus duodeni ist hier nicht so häufig wie in Amerika. Auch der Chirurg kann oft schwer sehen, ob das Duodenum der Sitz eines Ulcus ist. Die sorgsame Erhebung der Anamnese ist wichtig, besonders die Periodizität der Anfälle und der motorischen Insuffizienz des Magens. Sehr wertvoll sind gerade die okkulten Blutungen bei Blutfreiheit des Mageninhaltes. Erst dann soll der chirurgische Eingriff stattfinden, wenn die interne Therapie erschöpft ist. Sehr viele Fälle heilen rein intern behandelt. Andererseits haben die Eingriffe des Chirurgen den Redn. nicht völlig befriedigt. Das liegt an der Natur des Ulcus; ein 33 jähriger Mann, wegen unerträglicher Schmerzen gastroenterostomiert, ging an abundanter Blutung aus dem Geschwür zugrunde; das Geschwür hatte Pankreas und Arteria pancreatica lädiert; das war durch den Eingriff nicht verhindert worden. Der gleiche Ausgang betraf einen 50 jährigen Mann, der nach tadelloser Operation aus dem Geschwür verblutete. Der Chirurg sollte bei solchen Gefahren sich auch des Ulcus selbst annehmen.

Herr **Kehr** (a. G.) sondiert erst seit 1904 die Ulcera duodeni. In den letzten acht Jahren hat er unter 954 Laparotomien des rechten Oberbauches 94 mal, d. h. in 10 pCt. der Fälle, am Duodenum wegen Adhäsionen, Ulcus duodeni, Ulcus pepticum und anderer sekundärer Ulcera operiert. Es bleiben immer noch 29 reine Fälle von Ulcus duodeni übrig. Schon seit Jahren beschränkt sich Redn. auf die Chirurgie des rechten Oberbauches. Oft fand er statt Gallensteine Ulcus duodeni; oft fehlten aber die Darmblutungen, der Hungerschmerz etc. Der Schmerz kann auch leicht nach dem Rücken ausstrahlen. Auch die Periodizität des Ulcus duodeni ist nicht gegenüber

der Cholecystitis zu verwerten. Der Appetit kann gut bleiben. Okkulte Blutungen gibt es auch bei Gallensteinen, die in das Colon und Duodenum perforieren; er sah das 100 mal. Mit dem Druckschmerz können wir nichts anfangen; denn er findet sich ebenso wie die Défense musculaire des Rectus abdominis bei Cholelithiasis. Auch Ikterus kam vor, wenn das Ulcus an der Papille saß. Hyperacidität findet sich oft bei Gallensteinen.

Wichtig ist, daß Ulcus duodeni gerade beim Manne häufig vorkommt. Nach Boas ist der Alkohol die Ursache; dann müßte es sehr häufig sein. Trauma scheint sehr häufig mitzuspielen. Das gilt wie der Schnaps gerade für die arbeitenden Klassen. Redn. hatte auch zwei Schuster; sie stemmen den Schusterleisten gegen ihr Epigastrium. So kommt es zu Adhäsionen, Periduodenitis und Ulcus. Redn. war daher oft nicht imstande, die richtige Diagnose zu stellen. Auch das Röntgenbild leistet nicht viel.

Der Hauptwert liegt in der Anamnese, nicht in der Untersuchung; diese erfordert wenige Minuten, jene wenigstens eine halbe Stunde. Aber auch die nachträgliche Aufnahme der Anamnese lieferte in vielen Fällen keinen Anhaltspunkt für das Ulcus. Einmal täuschte ein in die Gallenblase perforiertes Aneurysma der Mesenterica superior, dessen Blut sich aus dem Choledochus in das Duodenum entleerte und das sich zeitweise spontan komprimierte, ein Ulcus vor. Einmal komprimierte eine mit Gallensteinen gefüllte Gallenblase das Duodenum. Einmal bestand ein Ulcus duodeni mit Perforation in das Pankreas, außerdem eine Fistel zwischen Colon und Gallenblase. Die Fistel wurde beseitigt, die Steine aus der Gallenblase entfernt, Gastroenterostomie und Anastomose zwischen Gallenblase und Duodenum vorgenommen, außerdem noch ein Empyem des Wurmfortsatzes operiert.

Die Deutschen sind genau so schlau wie die Amerikaner, aber zurückhaltender in der Indikationsstellung; in der Technik ebenso mutig. Mayo (Rochester) operiert freilich jährlich 3200 Fälle mit 60 Duodenumoperationen; bei diesen 3200 Fällen hat er im ganzen nur 1.2 pCt. Mortalität; die Berliner Chirurgen haben 16—18 pCt.; das kommt auf die Komplikationen an.

Herr **L. Kuttner** betont das Vorkommen von Ulcus duodeni bei Kindern unter 10 Jahren; er sah einen 30 tägigen Säugling, einen 4 jährigen Knaben, ein 3 wöchiges und ein 3 jähriges Kind. Finkelstein traf es häufig bei atrophischen Kindern und nahm einen ursächlichen Zusammenhang an. Auch Colleus sah 42 Kinder unter 279 Fällen; davon waren 17 im ersten Lebensjahre. Auch bei Neugeborenen kommen solche Geschwüre vor.

Anamnese und Krankheitsverlauf sind durchaus nicht immer so eindeutig. In einem Teil der Fälle wird die Diagnose durch Autopsie bestätigt; in einer anderen großen Zahl von Fällen steht derselben Anamnese ein ganz anderer Befund gegenüber. Das Material der Internen ist ein ganz anderes als das der Chirurgen. Erstere sehen außerordentlich oft Hyperchlorhydrie etc. Auf ein Symptom hin ist die Diagnose nicht zu stellen. Bei Zusammentreffen einer Reihe von Symptomen sind wir berechtigt, an ein Ulcus duodeni zu denken. Aber auch dann müssen wir vorsichtig sein. Nach Bier soll die Röntgenuntersuchung nur ein wertvolles Unterstützungsmittel der Diagnose sein. Dagegen wird in der Praxis sehr häufig verstoßen. In der Beurteilung der Röntgenbilder ist scharfe Kritik und Vorsicht nötig. Bei Verdacht auf Ulcus ventriculi und duodeni ist die Röntgenuntersuchung nicht gleichgültig. Redn. sah zwei Fälle von Perforation nach der Röntgenuntersuchung; zweifelhaft blieb, ob post oder propter hoc? Vielleicht war aber die Belastung des Magens mit Wismutbrei und das Anpressen des Magens an die Platte nicht gleichgültig. Diese Belastung des Magens täuscht vielleicht auch die Gastroptose vor.

Redn. hat bei Duodenalulcus Stenose und grobe motorische Insuffizienz nachgewiesen. Die Stenose wird nicht durch das Ulcus, sondern durch Adhäsionen hervorgerufen. Die klinische Untersuchung mit ihren physikalischen Hilfsmitteln vermag schon geringere Säuregrade und Motilitätsstörungen zu entdecken als die Röntgenuntersuchung. Maligne Degeneration hat K. nie gesehen.

Die Indikation zur Operation hängt von dem Erfolg der inneren Therapie und den Chancen des chirurgischen Eingriffes ab. Die Aussichten auf Heilung sind bei interner Behandlung sehr ungünstig. Die Operationsmortalität ist nicht zu groß. Aber über die Frage der Heilbarkeit können wir noch keine bindenden Erklärungen abgeben, weil die Erfahrungen noch zu jung sind. Blutungen und Perforationen sind aber auch nach der Operation beobachtet worden. Oft ist aber die chirurgische der inneren Behandlung überlegen.

Herr **v. Hansemann**: Hier ist von verschiedenen Geschwürsformen des Duodenum die Rede, auch von solchen, die unterhalb der Papilla duodeni vorkommen; sie gehören aber nicht hierher, z. B. die sekundären Geschwüre, die Druckgeschwüre nach Operationen und Gallenblasenperforationen. Redn. beschränkt sich auf die Prozesse, die analog dem Ulcus ventriculi im oberen Teile des Duodenum sitzen. Der Streit über die Häufigkeit der Geschwüre beruht wohl auf diesem Umstand. Was die Grenze zwischen Pylorus und Duodenum betrifft, so ist nichts unsicherer als die kleinen Venen. Sie laufen häufig bei jedem Menschen anders. Die Abgrenzung des Duodenums ist nur durch den Pylorusring möglich. Die Duodenalgeschwüre liegen unterhalb des Pylorus; die am Rande desselben sitzenden gehören zum Pylorus.

Bei seinen 6220 Sektionen der letzten 4½ Jahre sah H. 21 Geschwüre des Duodenum gegenüber 46 Magengeschwüren. Das ist häufiger als er dachte. Die klinische Diagnose ist unsicher. Das betrifft auch die Behauptung der Heilung. Ein Duodenalgeschwür kommt nie zur Heilung. Das entnimmt Redn. seiner anatomischen Betrachtung. Dahin gehören nicht die Fälle aus dem Kindesalter. Bei Kindern sind die Prozesse häufig. Sie stehen aber auf ganz anderem Boden.

Die Erscheinung der Narbenbildung des Magens fehlt fast völlig oder ist ganz rudimentär; manchmal gibt es keine Raffungen, aber eine völlige Zusammenziehung oder Umkrempelung der Schleimhaut wie beim Magengeschwür gibt es nicht. Meist findet sich die Perforation; die Verblutung ist seltener. Nie sah Redn. die Narbe eines Geschwürs. Die maligne Degeneration ist sehr selten. Er sah sie nur zweimal.

Immer noch geht eine Beziehung durch die Lehrbücher, der Zusammenhang mit Verbrennungen. Nur einmal sah Redn. ein Geschwür danach; aber es war ein altes Geschwür und die Verbrennung zwei Tage alt.

Herr **Plehn** hat ein einziges Mal mit Wahrscheinlichkeit ein Ulcus duodeni diagnostiziert. Unter 9712 Sektionen des Urban-Krankenhauses fanden sich 32 Ulcera duodeni, also 1 : 300. Darunter stammten vier von seiner Abteilung; zwei starben noch am Tage der Aufnahme, der dritte am nächsten Tage. Der vierte wurde sehr sorgfältig beobachtet; hier fehlten anamnestische Momente, wie auch während des Krankenhausaufenthaltes jedes Symptom, das auf den Magen deutete, sowie sensible Störungen. Es fand sich ein altes Ulcus duodeni, das carcinomatös entartet war und Metastasen in der Leber gezeitigt hatte. Auf 24 000 Kranke kamen 26 Fälle, in denen diese Diagnose gestellt wurde; davon kamen 10 zur Obduktion; 4 waren sterbend eingeliefert worden, der 5. bekam eine tödliche Pneumonie, der 6. starb an Blutung. Hier wurde die Diagnose durch die Sektion bestätigt. In den anderen 4 Fällen handelt es sich um Leberaffektionen, 2 mal trotz abundanter Blutung der Magenschleimhaut, 1 mal um Lebersyphilis und Cirrhose mit Hepatitis bei einer jungen Frau, 1 mal um Cirrhose bei einem älteren Manne mit verheiltem großen Geschwür.

Wenn man die Schmerzen verschiedener Art und die Magenstörungen als ausreichend erachtet, dann hätte unter den 24 000 Kranken manches Ulcus mehr diagnostiziert werden können. Es sind fortlaufende Untersuchungen auf Blut im Stuhle nötig.

Herr **Lilienfeld** beobachtete einen 75 jährigen Herrn, bei dem das Leiden durch Arteriosklerose kompliziert war; an eine Operation war nicht zu denken. Die Aufnahme per os war nach Möglichkeit zu beschränken. Redn. hat ihn sechs Wochen ohne Nahrung per os durch die Technik der Rektalernährung erhalten. Die Resorption ist wohl vom Mastdarme aus sehr beschränkt; aber das Verfahren gelang mit Hilfe des Tropfeneinlaufes.

Herr **G. Klemperer** protestiert dagegen, daß nach anatomischer Auffassung eine klinische Heilung nicht erzielt werde. Er hat zwei Fälle von Ulcus duodeni, die seit 10 und 12 Jahren nicht wieder Erscheinungen machten. Das Ulcus duodeni bietet ausgezeichnete physiologische Möglichkeiten der Heilung. Es muß frühzeitig behandelt werden und die Kranken müssen mit Energie ihre Lebensweise durchführen.

Herr **Ewald**: Schlußwort.

Mode.

VI. Demonstrationsabend des Charlottenburger Aerzte-Vereins am 1. Februar 1912.

(Offizieller Bericht.)

(Schluß).

III. Herr **Levinsohn: Demonstration einiger von ihm angegebener Augeninstrumente**, die sich in der Praxis sehr gut bewährt haben. Zunächst ein kleiner, vorne abgerundeter Spaten zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Hornhaut. Mit diesem ist man leicht imstande, den Fremdkörper herauszuheben, ohne, wie das bei der Starnadel häufig der Fall ist, die Hornhaut zu verletzen. Auch die Auskratzung des restierenden Rostringes ermöglicht das Instrument in zweckmäßigster Weise.

Dann demonstriert Vortr. ein sichelförmiges Messerchen zum Zwecke der Durchschneidung des Nachstars. Da dieses Messer, dessen Einführung fast ebenso einfach wie die einer geraden Nadel ist, die Nachstarmembran im rechten Winkel angreift, so ist der Effekt jedesmal ein sehr energischer. Mit dem Sichelmesserchen gelingt es, selbst dicke Nachstarschwarten wie mit einer Weckerschen Schere glatt zu durchschneiden. Der Vortr. berichtet über 200 mit diesem Messerchen aus-

geführte Operationen, die ein ausgezeichnetes Resultat ergeben haben.

Schließlich wird noch ein Instrument gezeigt, das es ermöglicht, die Sehnen von Augenmuskeln mit Leichtigkeit zu falten und so nach Belieben zu verkürzen. Auf diese Weise kann man in Fällen von Schielen die stärksten Effekte erzielen, in denen andere Operationsmethoden mehr oder weniger versagen. Die Methode eignet sich besonders für Fälle hochgradigen Schielens.

IV. Dr. **Alfred Frank: Ein Fall von Hypernephrom.**

Unter den Nierengeschwülsten (in klinischem Sinne) nehmen die Hypernephrome eine gesonderte Stellung ein. Ihre Kenntnis verdanken wir vor allem den Untersuchungen von Paul Grawitz, der wohl zuerst darauf aufmerksam machte, wie häufig bei Sektionen man versprengte Nebennierenteile im Nierenparenchym oder unter der Capsula albuginea findet (Strumae suprarenales aberrantes).

Inwieweit die malignen Hypernephrome als Carcinome bezw. Sarkome der Nebenniere oder als Tumoren sui generis anzusehen sind, ist eine heute noch nicht geklärte Streitfrage der Pathologen.

F. kann an dieser Stelle auf die entwicklungsgeschichtlich und anatomisch interessante Stellung dieser Geschwülste hier nicht eingehen.

Anamnese: Der 55jährige Patient bemerkte seit drei Jahren kolikartig auftretende Schmerzen in der rechten Nierengegend mit Hämaturie. Die Anfälle wurden als Nierensteinkoliken gedeutet. Seit drei Monaten wurde eine rasch wachsende Geschwulst in der rechten Lendengegend wahrgenommen; die damals vorgeschlagene Operation wurde abgelehnt. Seitdem enormes Wachstum des Tumors, starke Kachexie; Kompression der Eingeweide durch die Geschwulst, dauerndes Erbrechen.

Folgender Status wurde am 24. IX. 1911 erhoben:

Extrem abgemagerter 55 jähriger Mann. Arteriosklerosis. Bronchitis. In der rechten Bauchseite eine diese und das kleine Becken vollkommen ausfüllende derbe Geschwulst, die nach vorn bis über die Medianlinie reicht. Der Tumor ist beweglich und verschiebt sich mit der Respiration. Im Urin Spuren von Eiweiß.

Da der Tumor, der als Nierengeschwulst angesprochen wurde, zu einer beinahe totalen Verlegung des Darmkanals geführt hatte (dauerndes Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme) und Rektalernährung nicht mehr gehalten wurde, wurde auf dringenden Wunsch des Kranken, auch mit Rücksicht auf die Beweglichkeit der Geschwulst, deren Entfernung beschlossen.

Operation (27. IX. 1911). Aethernarkose. Großer Lumbalschnitt in der rechten Nierengegend und retroperitoneale Freilegung der mannskopfgroßen elastischen Geschwulst, die sich außerordentlich leicht aus ihren Verwachsungen freimachen und vorwälzen läßt. Das Peritoneum ist weit über die Mittellinie nach links hinübergedrängt. Schnelle Abbindung der Nierengefäße und des Ureters. Schluß der Wundhöhle. Dauer der Operation 25 Minuten.

Trotz der schnellen und leichten Ausführung des Eingriffs hat der Patient denselben nicht überstanden und ist im Anschluß an ihn im Kollaps gestorben.

F. demonstriert das Präparat. Man sieht, daß der von der Nebenniere ausgehende Tumor die ganze Niere, in die er auch übergeht, wie mit einem Mantel umhüllt. Er ist von einer weichen, zerfallenden Konsistenz und von mächtigen Bindegewebszügen durchzogen.

Mikroskopisch (Prof. Dietrich [Westend]) hat sich der Tumor als ein typisches Hypernephrom herausgestellt. Man sieht in dem aufgestellten Mikroskop, wie es sich aus großen Zellen vom Nebennierentyp zusammensetzt, mit Neigung zum nekrotischen Zerfall in mächtigen Bindegewebseinschlüssen.

Herr **Bockenheimer** stellt **vier Präparate von operierten Patienten** vor, bei denen er in den letzten drei Jahren Hypernephrome entfernt hat. Am 1. Präparat zeigt sich die Hälfte der Niere noch erhalten, während an den übrigen Präparaten, welche über mannskopfgroße Tumoren darstellen, von der Niere überhaupt nichts mehr zu sehen ist. Die Diagnose des Nierentumors stößt bei diesen großen Tumoren im allgemeinen auf keine großen Schwierigkeiten. Herr B. betont, daß sich die Chirurgen im allgemeinen darüber wohl einig sind, daß man selbst den größten Nierentumor mit dem von Pirogoff für Operationen an der Aorta und Cava angegebenen, von Bergmann für die Nierenexstirpation modifizierten Schnitt entfernen kann, ohne daß dabei das Peritoneum eröffnet wird. Die extraperitoneale Entfernung dieser Geschwülste ist der intraperitonealen vorzuziehen, welch letztere, abgesehen von der Infektionsgefahr, sich auch schwieriger gestaltet. B. empfiehlt, den Pirogoff-Bergmannschen Schnitt soweit nach hinten zu verlängern, daß fast die ganze 12. Rippe frei liegt, also bis zum Kreuzungspunkt der Rippe mit dem M. sacro-lumbalis. Er macht ferner auf den veränderten Situs der Nierengefäße bei derartigen großen Nierentumoren aufmerksam; da sich bei großen Tumoren die ganze Niere nach unten senkt, so ist die Einmündung der großen Gefäße keine rechtwinklige am Hilus, sondern bisweilen eine spitzwinkelige, so daß wir bereits am oberen Pol der Geschwulst auf die großen Gefäße stoßen, nicht etwa in der dem Hilus entsprechenden Gegend der Geschwulst.

In einem Falle mußten außer dem Tumor noch mehrere kastaniengroße metastatische Knoten, die sich entlang der Vena cava entwickelt hatten, entfernt werden. Dabei kann es vorkommen, daß namentlich am Abgang der Vena spermatica interna die Vena cava einreißt. B. hat in einem Falle ein solches Loch in der Cava durch Naht geschlossen. Patient überstand die Operation.

Die Prognose der dem Chirurgen zur Operation kommenden Hypernephrome ist sehr ungünstig, zumal die Geschwülste dann gewöhnlich ihre Kapsel durchbrochen haben und daher nicht mehr radikal entfernt werden können. Die Bösartigkeit dieser Geschwülste zeigt sich vor allem durch das Hineinwachsen derselben in das Venensystem, wodurch eine Disseminierung der Geschwülste entsteht.

Die Mehrzahl der Patienten geht daher kurze Zeit nach der Operation an ihren Metastasen zugrunde. Nur in einem von den vier operierten Fällen ist der Patient seit längerer Zeit am Leben.

B. wendet sich dann noch gegen die Bezeichnung Hypernephrom, die mehr für gutartige, kleinere Geschwülste in Betracht kommt. Bei den dem Chirurgen zur Operation kommenden Geschwülsten läßt sich fast stets nachweisen, daß diese ihrem mikroskopischen Bau nach entweder unter die Carcinome oder unter die Sarkome einzureihen sind. Vor der Operation soll man daher von Tumor malignus und nach der Operation, je nach dem mikroskopischen Bau, von Carcinomen oder Sarkomen sprechen. In den Fällen, wo aus dem Hypernephrom sich eine bösartige Geschwulst entwickelt hat, haben wir es der mikroskopischen Struktur nach ebenfalls mit Carcinom zu tun.

Diskussion:

Herr **Dietrich** bemerkt, daß die neuerdings verschiedentlich verfochtene Ableitung der sogen. Hypernephrome vom Nierengewebe noch keineswegs von den Pathologen allgemein anerkannt werde, vielmehr sprechen viele Eigentümlichkeiten noch für die alte Grawitzsche Auffassung. Die Hypernephrome bilden auch in ihrem Wesen eine einheitliche, eigenartige Geschwulstgruppe. Zweifellos ist, daß viele ganz oder lange Zeit stationär bleiben, aber bei eintretendem raschen Wachstum sehr bösartigen Charakter annehmen. Die Operation wird daher immer indiziert sein, sobald ein Tumor festgestellt ist; die Prognose ist jedoch bei schnell gewachsenen Hypernephromen recht ungünstig.

Herr **Kaehler** betont die Schwierigkeit der Diagnose, bevor ein palpatorischer oder Röntgenbefund vorhanden ist. In einem von ihm 1½ Jahre beobachteten und von Geheimrat Bier operierten Falle traten zuerst periodische Schwindelanfälle auf, dann spastische Obstipation, starke Erhöhung des Blutdruckes und rapid zunehmende Kachexie. Erst eine Nierenblutung brachte Klarheit.

V. Herr **Federmann** (Krankenvorstellungen).

1. Vorstellung eines Patienten, der vor 12 Tagen wegen eines **Ulcus ventriculi** der hinteren Magenwand operiert wurde. Demonstration des Präparates, das durch Querresektion gewonnen wurde.

2. Fall von erfolgreich operiertem **Empyem der Gallenblase**, das das Bild eines Darmtumors darbot.

3. Geheilter Fall von **Strangulationsileus**. Demonstration des in Ausdehnung von 1½ m resezierten gangränösen Darmes.

4. Demonstration eines 50 g schweren Gallensteines, der bei der Operation eines Gallensteinileus gewonnen wurde.

VI. Herr **Siefart: Bericht über mehrere Extrauteringraviditäten.** (Ist als Originalarbeit in dieser Nummer abgedruckt.)

IV. Bücherschau.

Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie. Von Dr. **Richard Sieskind**, Assistenzarzt an der dermatologischen Abteilung des Rudolf Virchow-Krankenhauses in Berlin. Berliner Klinik, Heft 283, Januar 1912. Berlin, Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). 48 S. 1,20 M.

Verf. hat auf Grund der fast unübersehbaren Salvarsanliteratur in dieser Uebersichtsarbeit die bisherigen Ergebnisse der Salvarsantherapie bei der Lues in möglichster Kürze zusammengestellt. Er verwertet außerdem speziell die Erfahrungen, die er selbst als Assistenzarzt der Wechselmannschen Abteilung gemacht hat. In manchen Fragen scheint uns das Referat zu subjektiv gefärbt zu sein. Auch auf die Technik der Salvarsaninjektionen geht Verf. ein, und am Schlusse der Arbeit gibt er eine ausführliche Uebersicht über die Indikationen und Kontraindikationen der Salvarsanbehandlung. Das Heft kann allen Kollegen, welche sich kurz und bequem über den gegenwärtigen Stand der Salvarsanbehandlung unterrichten wollen, zur Anschaffung empfohlen werden.

Kompendium der Röntgendiagnostik für Studierende und praktische Aerzte. Von Dr. **Edgar Rüdiger.** Mit 12 Textabbildungen und 2 Tafeln. Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 80 S. 3 M.

In diesem kleinen Abriß hat Verf. es sich zur Aufgabe gemacht, eine kurze Einführung in die klinische Seite der Röntgendiagnostik zu geben. Das Buch wendet sich einerseits an diejenigen Aerzte, welche sich selbst praktisch mit der Röntgendiagnostik zu beschäftigen beginnen, um es ihnen zu ermöglichen, ohne große Vorkenntnisse die ersten Schritte auf diesem Gebiete zu tun; andererseits ist es, und zwar wohl in erster Linie, für den Allgemeinpraktiker bestimmt. Es soll diesem einen Begriff davon geben, was die Röntgendiagnostik in ihrer gegenwärtigen Entwicklung leistet, und ihn dadurch veranlassen, das Verfahren in geeigneten Fällen in Ergänzung der übrigen diagnostischen Hilfsmittel anzuwenden. Verhältnismäßig eingehend wird die interne Röntgendiagnostik, d. h. die Untersuchung der Lungen, des Herzens und des Intestinaltraktus, besprochen. Ueberflüssig erscheint die kurze physikalische Einleitung, von der Verf. selbst im Vorwort befürchtet, daß sie den Physiker etwas laienhaft anmutet. Was Röntgenstrahlen sind und wie sie erzeugt werden, weiß gegenwärtig wohl jeder Arzt; das braucht also einleitend nicht auseinandergesetzt zu werden. Noch weniger war dazu die Aufzählung der übrigen Strahlenarten notwendig. Befremdlicherweise nennt Verf. dabei auch die Blondlotschen N-Strahlen, deren Existenz bekanntlich niemals einwandfrei nachgewiesen ist, von den deutschen Physikern im Gegenteil bestritten wurde. — Abgesehen hiervon ist das Buch für seinen Zweck zu empfehlen.

Das Klima von Schömberg und seine Bedeutung für die Behandlung der chronischen Lungentuberkulose. Unter Mitwirkung von Prof. Dr. Meyer (Stuttgart) und weil. L. Pfeiffer (Schömberg) herausgegeben von Dr. med. **G. Schröder**, dirig. Arzt der neuen Heilanstalt für Lungenkranke in Schömberg. Würzburg 1912, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag). 140 S. 2 M.

Schömberg im Oberamt Neuenbürg liegt im württembergischen Schwarzwald in 635 m Höhe; es wird seit mehr als 20 Jahren von Lungenkranken besucht, hauptsächlich von chronisch Tuberkulösen. Die Behandlung findet in vier größeren Heilanstalten für Lungenkranke statt. In dem vorliegenden Werkchen wird eine Schilderung der klimatologischen Verhältnisse des Ortes gegeben, in der Absicht nachzuweisen, daß das Klima von Schömberg für die Behandlung von Lungenkranken eine Reihe von Vorzügen bietet. In einer Einleitung bespricht Schröder die physiologischen Wirkungen des Gebirgsklimas und seine Bedeutung für die Behandlung der Lungentuberkulose im allgemeinen. Den Hauptteil des Werkes nehmen die von Prof. Meyer bearbeiteten meteorologischen Tabellen ein. Zum Schluß folgt ein Abschnitt über die Geologie, Flora und Fauna der Gegend von Schömberg aus der Feder des verstorbenen Amtsrichters a. D. L. Pfeiffer. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. In der verflossenen Woche besprach man im **Reichstag** die leidige Angelegenheit der **Abweisung von Medizinalpraktikanten** aus konfessionellen Gründen. Es war der der fortschrittlichen Volkspartei angehörige Kollege Dr. med. Struve, der beim Etat des Reichsamts des Innern die Frage anschnitt. Es wies darauf hin, daß der Reichskanzler auf die Eingabe des Aerztekammerausschusses die konfessionelle Neutralität des Gebietes der ärztlichen Ausbildung betont, es aber dennoch abgelehnt habe, gegen Wiederholungen von Vorgängen à la Britz und Lübeck Vorkehrungen zu treffen. Der Staatssekretär Dr. Delbrück erwiderte darauf, daß es sich bei den zur Annahme von Medizinalpraktikanten ermächtigten Anstalten der Mehrzahl nach um Krankenhäuser von Kommunen, Kommunalverbänden, Stiftungen, Konfessionsvereinen handle. Bei allen diesen Krankenhäusern habe das Reich nach den gesetzlichen Bestimmungen gar nicht die Möglichkeit, eine Verpflichtung zu statuieren. Es spräche aber auch eine Reihe ernster Gründe dagegen, einen Zwang auszuüben, daß jeder Praktikant aufgenommen werde, der sich melde. Keine Verwaltung sei so schwierig, wie die eines großen Krankenhauses, wo Verwaltung, Aerzte, Schwestern, männliches Pflegepersonal gegeneinander arbeiteten (? Red.).

Dr. Gröber (Zentrum): Es sei überaus bedenklich, wenn aus konfessionellen Gründen dem Anhänger einer bestimmten Konfession die Möglichkeit der Ausbildung geradezu genommen werde. Das Reich habe doch eine Aufsichtsbefugnis; die Ermächtigung für die Krankenanstalten zur Aufnahme von Praktikanten hänge von einer Prüfung von seiten der Reichsregierung ab. Die besprochenen Fälle schlössen eine Verletzung des Gesetzes von 1869 über die Gleichberechtigung der Konfessionen in sich. Eine aus öffentlichen Mitteln unterhaltene Anstalt habe nicht das Recht, aus solchen Gründen einen Kandidaten zurückzuweisen. Was heute den Israeliten passiere, könne morgen den Katholiken passieren; und die Neigung, eine solche Auslese zu machen, bestehe leider in manchen Kreisen. Reichskanzler und Staatssekretär sollten für die Beobachtung der reichsgesetzlichen Bestimmungen Sorge tragen.

Staatssekretär Dr. Delbrück: In dem Britzer Fall habe der preußische Kultusminister ausdrücklich die Zurückweisung der jüdischen Medizinalpraktikanten beanstandet. Der Fall selbst gehöre nicht in sein Ressort. Er habe nur zu prüfen, ob eine Verpflichtung zur Annahme nützlich oder zweckmäßig sei. Diese Frage habe er geglaubt verneinen zu sollen.

Abg. Dr. Struve: Nach der vom Reichskanzler erlassenen Prüfungsordnung seien Kandidaten nur wegen sittlicher Verfehlungen zurückzuweisen. Hierin liege der Beweis, daß eine Zurückweisung aus konfessionellen Gründen nicht statthaft sei. Oder sei schon die Angehörigkeit zur jüdischen Konfession eine sittliche Verfehlung?

Staatssekretär Dr. Delbrück: Eine Verpflichtung zur Annahme von Medizinalpraktikanten könne nicht statuiert werden, ebenso wie kein Rechtsanwalt verpflichtet werden könne, einen Referendar in Station zu nehmen, obwohl dieser vor Ablegung der zweiten Staatsprüfung bei einem Rechtsanwalt gearbeitet haben müsse.

Abg. Dr. Waldstein (fortschr. Volkspartei): Diese letzte Behauptung sei unrichtig. Der Rechtsanwalt, an den ein Referendar vom Gerichtspräsidenten gewiesen werde, sei verpflichtet, ihn zu übernehmen. Die Erklärung des Staatssekretärs, er könne nichts tun, sei der Ausdruck einer sehr bedauerlichen staatlichen Impotenz. —

Wie man sieht, hat auch die Erörterung der Angelegenheit im Reichstag kein Ergebnis gehabt, aber doch wohl nur vorläufig. Denn schließlich werden sich auch die Reichsbehörden der Erkenntnis nicht verschließen können, daß der gegenwärtige Zustand, der eine erhebliche Rechtsunsicherheit für die Aspiranten des Arztberufes in sich schließt, auf die Dauer nicht aufrechterhalten werden kann. Wenn man die Tore der Universität den Lernbegierigen sperrangelweit öffnet, wenn man trotz der bedrohlichen Flut Medizinstudierender die wohlbegründeten Warnungen des Leipziger Verbandes offiziös durchkreuzt, so hat man auch jedem unbescholtenen Inskribierten die Sicherheit zu geben, daß er nach Absolvierung der Universitätsprüfungen rite die ärztliche Approbation erwerben kann. Das ist gegenwärtig, wie wir erst kürzlich an der Hand der jetzt geltenden Ausführungsbestimmungen nachwiesen (Jahrg. 1911, S. 628), nicht der Fall. Aber auch jetzt schon stehen, wie Dr. Gröber ganz richtig ausführte, den Regierungen Mittel zur Verhütung der Wiederholung des Britzer Falles zur Verfügung, da die Ermächtigung zur Annahme von Medizinalpraktikanten von Jahr zu Jahr neu erteilt wird, und außerdem existieren doch auch zahlreiche Universitätskliniken, von denen Herr Delbrück nicht behaupten wird, daß sie sich dem Machtbereiche der Regierungen entziehen. Wir sprechen also die sichere Erwartung aus, daß diese ganz und gar unpolitische Frage in Bälde eine den Grundsätzen der Verfassung, des Rechts und der Billigkeit entsprechende Erledigung finden wird.

— Wie in dem kürzlich erschienenen Jahresberichte über die Wirksamkeit der **Hufelandschen Stiftungen** (bestehend aus: a) Unterstützungskasse für Aerzte, b) Unterstützungskasse für Arztwitwen, c) Stiftung des Dr. med. Heinrich Goburek für notleidende Arztwitwen, d) Stiftung des Dr. med. Ignatz Braun für hilfsbedürftige Aerzte mosaischen Glaubens in Berlin oder Hirschberg i. Schl.) mitgeteilt wird, hat das Direktorium infolge wiederholter Anträge aus Aerztekreisen beschlossen, es künftig für ausreichend zu erachten, wenn die nach § 10 der Satzungen der Aerztekasse und nach § 2 der Satzungen der Witwenkasse erforderlichen Bescheinigungen über die Würdigkeit und Bedürftigkeit der Hilfesuchenden nicht von der Ortspolizeibehörde, sondern von dem zuständigen beamteten Arzte oder dem Landrate ausgestellt werden. Das Direktorium der Hufelandschen Stiftungen befindet sich in Berlin NW. 7, Schadowstr. 10.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Prof. Dr. Ludwig Pick, Prosektor des städt. Krankenhauses im Friedrichshain-Berlin, ist von der „Alumni Association of the College of Physicians and Surgeons, Medical Departement of the Columbia University" in New Hork aufgefordert worden, im November dieses Jahres eine Reihe pathologisch-anatomischer Vorlesungen in New York zu halten.

— Geh.-Rat Ewald, der bekannte Magen-Darm-Patholog, hat von der wissenschaftlichen Kommission des medizinischen Vereins in Mailand die Aufforderung zu einem Vortrag erhalten und wird am 16. April dortselbst über das Ulcus duodeni sprechen.

Breslau. Dem Privatdozenten der Physiologie an der hiesigen Universität Dr. R. F. Fuchs, Abteilungsvorsteher am Physiologischen Universitätsinstitut, der vor seiner Uebersiedelung nach Breslau bereits außerordentlicher Professor in Erlangen war, ist jetzt auch vom preußischen Unterrichtsminister der Professortitel verliehen worden.

Kiel. Dr. J. W. Miller, zurzeit Assistent am pathologischen Institut der Universität Gießen, ist als Nachfolger Stahrs zum Prosektor am hiesigen städtischen Krankenhause gewählt worden.

Münster. Als Nachfolger des infolge seiner Ernennung zum bayerischen Ministerpräsidenten ausgeschiedenen Frhrn. v. Hertling ist ein Arzt, der Direktor der hiesigen Provinzialirrenanstalt Geh. Med.-Rat Dr. Gerlach, zum Reichstagsabgeordneten gewählt worden, der sich, wie sein Vorgänger, zur Zentrumspartei zählt. Das neue Reichstagsmitglied — Dr. Gerlach ist 1871 als Arzt approbiert — steht bereits in vorgerücktem Lebensalter. Dem Reichstage gehören nunmehr sieben Aerzte als Mitglieder an.

Barmen. Der außerordentliche Professor der Chirurgie in Jena Dr. W. Roepke ist als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Geh. Sanitätsrats Prof. Dr. Heusner als Direktor der chirurgischen Abteilung an das hiesige städtische Krankenhaus berufen worden.

Düsseldorf. Dem Dozenten der Psychiatrie an der hiesigen Akademie für praktische Medizin Geh. Sanitätsrat Dr. Josef Peretti, Direktor der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Grafenberg, ist der Professortitel verliehen worden.

Rostock. Der Privatdozent der Chirurgie Dr. Adolf Becker hat den Professortitel erhalten.

Freiburg i. Br. Der Professor der Hygiene Geheimrat Dr. Schottelius beabsichtigt in den Ruhestand zu treten. Als sein Nachfolger wird der erst seit wenigen Monaten in Königsberg i. Pr. wirkende Prof. Dr. Martin Hahn genannt.

Basel. Der Ordinarius der Geburtshilfe und Gynäkologie Prof. Dr. v. Herff hat einen Ruf an die Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf abgelehnt.

Zürich. Der Direktor der hiesigen Universitäts-Kinderklinik Prof. Dr. Feer hat einen Ruf nach Basel als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Prof. Hagenbach abgelehnt.

Paris. Der bekannte Chirurg Prof. Lucas-Championnière ist zum Membre titulaire der Académie de Médecine gewählt worden.

Gerichtliches.

Linz (Oesterreich). Vor kurzem ist das vom hiesigen Schwurgericht in dem **Streit um eine Wunderheilung** gefällte Urteil gegen Pfarrer van der Bom rechtskräftig geworden. Pfarrer van der Bom hatte in einer Broschüre mit dem Titel „Ein wirkliches Wunder aus neuester Zeit" die plötzliche Heilung des 8 Jahre lang an einem Beinbruch erkrankten, von den Aerzten als unheilbar erklärten Arbeiters De Rudder beschrieben und öffentlich erklärt 1000 Kronen demjenigen zu bezahlen, „der dieses Wunder auf natürliche Weise erklären oder dessen geschichtliche Wahrheit aus triftigen Gründen leugnen kann". Der prakt. Arzt Dr. Aigner in München bewarb sich um den ausgesetzten Preis. Es wurden Vorschläge zu einem Schiedsgericht gemacht, ohne daß eine Einigung erzielt werden konnte. Die Erwiderungsschrift Dr. Aigners erklärt die Beweise für die geschichtliche Wahrheit des angeblichen Wunders für haltlos. Beide Parteien vertraten in einer Reihe von Zeitungsartikeln ihren Standpunkt. Als ein Einverständnis über die Wahl des Obmannes für das einzusetzende Schiedsgericht nicht erzielt werden konnte, erklärte sich Dr. Aigner bereit, dem Schiedsspruch eines deutschen Bischofs oder des Vatikans in dieser für die katholische Kirche so bedeutsamen Angelegenheit das Urteil zu überlassen. Auch dieser Vorschlag wurde von Pfarrer van der Bom abgelehnt. Eine öffentliche Aufforderung, nunmehr ein deutsches Gericht zum Austrage der Angelegenheit als zuständig zu erklären, blieb gleichfalls von dem Vertreter des Wunders unbeantwortet. Statt dessen veröffentlichte Pfarrer van der Bom in einer Broschüre die ganze Korrespondenz der Beteiligten und wiederholte neuerdings das Preisausschreiben. Diese öffentliche Auslobung ist nach den österreichischen Gesetzen nicht klagbar. Dr. Aigner stellte nun wegen der beleidigenden Form der Broschüre Strafantrag. Die Geschworenen erklärten Pfarrer van der Bom schuldig, den Kläger dem öffentlichen Spott ausgesetzt zu haben; der Gerichtshof erkannte unter Anwendung des außerordentlichen Milderungsrechtes auf 150 Kronen Geldstrafe, evtl. im Nichteintreibungsfalle auf drei Tage Arrest und zum Ersatze der Gerichtskosten. Die zuerst eingelegte Nichtigkeitsbeschwerde wurde vor kurzem zurückgezogen, so daß das Urteil Rechtsgültigkeit erlangt hat.

Verschiedenes.

Paris. Daß auch in demokratisch regierten Ländern mit gesetzlichem Kurpfuschereiverbot das **Kurpfuschertum** üppige Blüten treibt und seine Bekämpfung kaum minder schwer ist als in den Staaten mit freigegebenem Heilgewerbe, zeigt ein Vorfall, den sich die „Voss. Ztg." kürzlich berichten ließ. Zwei Nonnen in Penvuestin bei Lorient waren wegen Kurpfuscherei zu Haftstrafen verurteilt worden. Als die Gendarmen vor ihrem Kloster erschienen, um sie zu verhaften, stießen sie auf die ganze Bevölkerung, die bewaffnet um das Kloster versammelt war, ein lebendiges Bollwerk davor bildete und sich dem Eindringen der Gendarmen widersetzte. Diesen blieb nichts übrig, als unverrichteter Dinge abzuziehen, und das Dorf behielt seine Kurpfuscherinnen weiter.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. von Leliwa zum Kreisarzt in Guhrau, Dr. Mantey in Elsterwerda zum Kreisassistenzarzt in Waldenburg.

Niedergelassen: Bernhardt in Berlin, Dr. Friedländer und Dr. Jankowski in Schöneberg, König, Dr. Oppenheimer und Dr. Rohde in Berlin, Dr. Pies in Coblenz, Dr. Masus in Mühlhausen (Ostpr), Dr. Romahn in Rastenburg, Rosenthal in Frankfurt a. O., Dr. Klinner in Groß-Wartenberg, Dr. Anlauf in Groß-Hartmannsdorf, Dr. Wieschte in Mücheln, Hamann in Linden, Dr. Voges in Wennigsen, Dr. Pretschker in Brieg, Christiani in Beuthen, Lamsbach in Rudahammer, Dr. Lindstädt in Hannover, Dr. von der Heide in Cöln.

Verzogen: Dr. Reuter von Herdecke nach Wetter, Dr. Ebeler von Dortmund nach Jena, Dr. Rückel von Bochum nach Suderwich, Dr. Paltzow von Stromberg nach Leipzig, Dr. Henkys von Insterburg nach Zinten, Dr. Wilke von Mühlhausen (Ostpr.) nach Königsberg, Dr. Klabolt von Königsberg nach Barmen, Dr. Richter von Waldsieversdorf nach Berlin, Dr. Herfurth von Friedland nach Breslau, Dr. Bleisch von Naumburg (Queiß) nach Friedland, Dr. Weber von Meseritz nach Hohenfriedeberg, Dr. Putsch von Charlottenburg nach Kuttlau, Dr. Stock von Groß-Hartmannsdorf nach Liegnitz, Dr. Fahrenholtz von Grünberg nach Flinsberg, Niederhofer von Czernitz nach Preiswitz, Dr. Asch von Kattowitz nach Oppeln, Dr. Zunft von Preiswitz nach Tarnowitz, Dr. Voigt von Mücheln nach Frankleben, Dr. Kunik von Wilhelmshaven nach Sangershausen, Antoine von Aachen, Dr. Bert von Tübingen und Dr. v. Lippmann von Freiburg i. Br. nach Halle, Prof. Dr. Isemer von Halle nach Berlin, Dr. Hirschler von Halle nach Ludwigshafen a. Rh., Solger von Halle nach Neiße, Haase von Hannover nach Linden, Dr. Gaertner von Unterneubrunn nach Hameln, Dr. Scharff von Lamspringe nach Sievershausen, Dr. Vaillant von Honnef nach Harburg, Dr. Lucca von Zschorlau nach Gehrde, Dr. Lotze von Recklinghausen nach Ickern, Dr. Birkelbach von Marburg nach Zürich, Oberstabsarzt a. D. Dr. Bieck von Nauheim, Oberarzt Dr v. Kamptz von Spandau und Dr. Weyland von Klingenmünster nach Marburg, Dr. Hennes von Bonn nach Hünshoven, Schwab von Burscheid nach Witzhelden, Oberstabsarzt a. D. Dr. Friedländer von Berlin nach Insterburg, Dr. Albrecht von Tübingen und Dr. Anker von Lichtenrade nach Charlottenburg, Dr. Arnheim von Beelitz und Bakker von Cassel nach Berlin, Prof. Dr. von Bergmann von Berlin nach Altona, Dr. Boehm von Breslau und Dr. Büchler von Torgelow nach Berlin, Dr. Busch von Wilmersdorf nach Spandau, Hammer von Halle a. S., Dr. Heinemann von Breslau, Dr. Henes von Gießen, Aerztin Dr. S. Herzberg von Cöln nach Berlin.

Gestorben: Dr. Frey, Geh. San.-Rat Dr. Jastrowitz, Dr. Keibel und Geh. San.-Rat Dr. Lamz in Berlin, Dr. O. Lehmann in Wilmersdorf, Prof. Dr. Pagel und Dr. Rahmer in Berlin, Dr. Wulffers in Wetter, Vogler in Monzingen, San.-Rat Dr. Landerer in Andernach, Kreisarzt Dr. Heidelberg in Reichenbach, San.-Rat Dr. Brünemann von Neuenhaus, San.-Rat Dr. Schück in Görlitz, Geh. San.-Rat Dr. Drecker in Recklinghausen, Schmidt in Tütz, San.-Rat Dr. Germelmann in Barsinghausen, Dr. Sprengeler in Linden, Dr. Frank in Elversberg.

Bremen.

Auszeichnung: Titel Ober-Medizinalrat und das Ritterkreuz 1. Kl. mit der Krone des Königl. Sächsischen Albrechts-Ordens: Prof. Dr. Tjaden, Geschäftsführer des Gesundheitsamts in Bremen.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Fluoreszierende Koniferenbäder

OZOFLUIN

Patentamtlich geschützt.

Ein neues Badeingredienz in Griesform.



Prämiiert: Internat. Hygieneausstellung Dresden 1911! Hygiene- u. Sportausstellung Mailand 1911.

Ozofluin erregte auf den Ausstellungen die Anerkennung und Bewunderung von Aerzten aller Länder. Es wird allgemein als das Beste bezeichnet, was auf diesem Gebiete überhaupt geleistet werden kann.

Ozofluin **ist ein handliches, leicht lösliches, granuliertes Badepräparat aus den Zweigspitzen der Edelkoniferen vom Jura, Tirol und Schwarzwald zur Herstellung eines angenehm erfrischenden Koniferenbades mit Fluoreszenz an Stelle der gewöhnlichen Fichtennadelbäder.**

Ozofluin ist ein vorzügliches „Remedium adjuvans" von suggestiver Wirkung. In den meisten Sanatorien des In- und Auslandes beständig im Gebrauch.

Originalkarton à 10 Vollbäder . . Mk. 6.—
„ à 5 „ . . „ 3,50
Einzelne Patronen . . . . . . „ 0,75

In den Apotheken erhältlich.

Größere Packungen à 50 und 100 Stück für Aerzte, Kuranstalten, Badeanstalten, Sanatorien zu Spezialpreisen. — Muster zu Versuchszwecken stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Ozofluin-Centrale Basel
St. Johannvorstadt 72.



Hygiama

in Pulver- & Tablettenform, Letztere gebrauchsfertig

und

Jnfantina

(Dr. Theinhardts lösl. Kindernahrung)

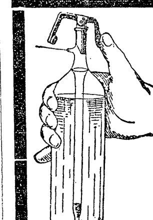
Seit über 20 Jahren best bewährte diätetische Nährpräparate.

Litteratur etc. steht den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Dr. Theinhardt's Nährmittel-Gesellschaft m. b. H.
Stuttgart-Cannstatt.

Dr. Walther Koch's „Prävalidin"

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampher und Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. u. II. Stadium der **Lungentuberculose.** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. Stadium.
Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anämie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.
Tuben à M. 1,20 für Erwachsene und M. 0,80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich.
Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Jahresversand 1911: 31700 Tuben. Literatur u. Proben durch die
Woll-Wäscherei u. Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.



Dr. Thilo & Co., Chemisches Institut, Mainz.

Conephrin Dr. Thilo (Cocain-Paranephrin)
Novoconephrin (Novocain-Paranephrin)
Zwei hervorragende und bewährte Injektions-Anaesthetica.
Chloraethyl Dr. Thilo.
Machen Sie einen Versuch mit unseren
Automatischen Standflaschen (s. Abbild.).
Sie werden nur noch diese Aufmachung verordnen!
Sterile Subcutan-Injektionen.

Für Aerzte bietet sich sehr günstige Gelegenheit zur Errichtung eines Sanatoriums in aufblühendem Bade- und Luftkurort über 500 m. Näheres unt. **H. B. 10** durch die Exped. ds. Ztg.

Dr. Trainer's Yoghurt

Dr. Trainer's
Yoghurt-Tabletten, fertig zum Genuß, M. 1,75 und M. 3,— } aus Reinkulturen
Yoghurt-Maya-Ferment zur Herstellg. v. Yoghurt, M. 3,—, reichend für 30 Port, à ½ Ltr.
Kefyr-Pastillen zur Bereitung von Kefyr, M. 2,— und M. 1,—.
Dieselben mit Eisen M. 2,—, mit Arsen, Arseneisen, Jodkali, Kreosotal, Guajacol, Nährsalzen M. 3,—.
Garantierte Fermentationskraft 1:1000.
Man verl. kostenfr. d. krit. Zusammenstellg. d. neuest. Literaturbeiträge.

Dr. Trainer's Kefyr

Laboratorium für Therapie, G. m. b. H., Dresden.

Dr. ERNST SANDOW'S

künstl. Mineralwassersalze:
Biliner, Emser, Fachinger, Friedrichshaller, Homburger, Karlsbader, Kissinger, Marienbader, Neuenahrer, Ofener, Salzbrunner, Salzschlirfer, Sodener, Vichy, Wiesbadener, Wildunger und viele andere.

Augenbäder (mit künstl. Emser Salz) zur Heilung und Verhütung äußerer katarrhalischer und entzündlicher Augenerkrankungen, sowie zur Pflege der Augen.

Brausesalze:
Alkalizitrat (für Diabetiker), Bromsalz, Brom-Eisensalz; Chinin-Eisenzitrat, Eisensalze, Jodsalze, Lithiumsalze, brs. Karlsbader Salz, Magnesiumzitrat, Selters-Erfrischungssalz usw.

Fruchtsalz,
ein erfrischendes, beruhigendes und vorteilhaft die Verdauung regelndes Mittel.

Kohlensäure-Bäder
haben sich am längsten bewährt und bleiben noch heute die einfachsten und **billigsten.**
Langsame, stetige Gasentwicklung.
Kohlensäure-Bäder aller Systeme, auch natürliche, greifen emaillierte und Metallwannen an. Um dies bei meinen Bädern zu vermeiden, gebrauche man meine Schutzeinlage.

Sauerstoff-Bäder.

Nachahmungen meiner Salze sind oft **minderwertig** und dabei **nicht billiger.**

Ständige Ausstellung im Kaiserin-Friedrich-Haus, Berlin. **Dr. Ernst Sandow, Hamburg 30.**

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang | Berlin, 13. April 1912 | No. 15

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion bezw. des Verlages nicht gestattet.


auch ohne Zucker
Das älteste in Deutschland eingeführte
auch mit Eisen
DUNG'S
CHINA-CALISAYA-ELIXIR
In 1/4 & 1/2 Liter Flaschen
Man hüte sich vor Nachahmungen
in den Apotheken zu haben


Dung's aromatisches
RHABARBER-ELIXIR
(Elixir Rhei aromatic. Dung),
ein angenehm schmeckendes mildes
Abführ- und Magenmittel
5 Teile Elixir enthalten 1 Teil Rhabarberwurzel.

Referat aus der „Berliner klinischen Wochenschrift", 1911, No. 51.
(Verlag AUGUST HIRSCHWALD in Berlin).

Ueber ein neues Hilfsmittel der Stilltechnik.

Von Dr. med. **Hahn** in Griesheim a. M.
Leiter des Wöchnerinnenheims der Chem. Fabrik Griesheim-Elektron.

Prof. Franz teilt in einer Arbeit über das Stillen (Berliner klin. Wochenschrift No. 28, 1911) mit, daß er in der geburtshülflichen Abteilung der Charité **alle** Frauen hat stillen lassen und daß **alle** stillen konnten. Auch Dr. Hahn, der Leiter des Wöchnerinnenheims der chemischen Fabrik Griesheim-Elektron, hat seit drei Jahren nahezu 100% Stillfähigkeit erzielt. Diese Zahl ist aber in der Privatpraxis nicht zu erreichen, es fehlt hier die Ausdauer der Mutter und des Pflegepersonals und besonders bei Warzenwunden ist Mutter und Umgebung schnell zum Absetzen bereit, zumal wenn ein vorgängiger Versuch mit einem Brusthütchen fehlgeschlagen ist. Dr. Hahn schildert die zahlreichen Nachteile und Unzulänglichkeiten der bekannten Glashütchen und Gummikäppchen. Sie müssen luftdicht auf die Brust aufgedrückt werden, das Kind muß den lufthaltigen Hohlraum des Brusthütchens erst leertrinken, wird so, besonders bei öfterem Absetzen übermäßig angestrengt und läßt bald ermüdet los. Durch das feste Hineinziehen von Warze und Warzenhof in das Käppchen entsteht an der Stelle, wo es auf der Brust aufsitzt, ein Kompressionsring, der so stark wird, daß nicht nur Blutgefäße, sondern auch Milchkanäle komprimiert werden, sodaß überhaupt keine Milch mehr ausströmen kann. Dazu kommt, daß der physiologische sekretionsfördernde taktile Reiz an der Mamilla durch die quetschenden und melkenden Kieferbewegungen des Kindes fehlt.

Dr. Hahn benutzt seit einem Jahr das Dr. Stern'sche Brusthütchen „Infantibus" (Generalvertrieb: Vial & Uhlmann in Frankfurt a. M., Ladenpreis Mk. 2.25) und hat damit bei Hohlwarzen, sowie Fissuren und Erosionen der Brustwarzen ausnahmslos gute Resultate erzielt. Warzenwunden heilten trotz Weiterstillens schnell ab, über Schmerzen beim Stillen wurde nicht geklagt, außer einmal bei Erosion der Mamille. Aber auch hier wurde durch Betupfen mit Borcocainlösung die Empfindlichkeit genügend abgestumpft und das Stillen mit dem Stern'schen Hütchen ermöglicht. In einem Falle von Hohlwarzen wurde im Gebrauch der „Infantibus"-Hütchen die Mamille in 10 Tagen so herausgezogen, daß von da ab das Kind ohne Hütchen weiter gestillt werden konnte; auch Dr. Rothschild (Allg. med. Zentralzeitung No. 38, 1911) berichtet über einen ähnlichen Fall. Das Hütchen saugt sich pneumatisch auf der Brust fest und ist ganz aus Gummi, daher auskochbar. Die Warze kommt direkt in das Gummikäppchen und das Kind kann daher die mit dem Käppchen geschützte Warze in physiologischer Weise reizen und gleichzeitig mechanisch ausstreichen. Dr. Hahn rät, das Hütchen in geeigneten Fällen zu versuchen.

Kunz & Gabel, Frankfurt M. 125006212.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation, Berlin SO. 36 „Agfa“

Für die Photographie in der Wissenschaft sind die

„Agfa‘ = Photoartikel besonders geeignet,

weil sie hervorragende Leistungsfähigkeit mit absoluter Zuverlässigkeit bei unübertroffener Haltbarkeit vereinigen.

„Agfa“ =Platten =Belichtungs=tabellen

„Agfa“ =Entwickler =Hilfsmittel =Blitzlichtartikel

Näheres im 16seitigen reichillustrierten **„Agfa“-Prospekt 1912** mit schlangenhautartigem Umschlag, **gratis** durch Händler.

Haemorrhoiden!!

Ein neues vorzügliches Mittel zur örtlichen Behandlung ist

Dr. Bettel's Haemor-Seife patentamtlich geschützt

Preis M. 2.— das Stück, für die Herren Aerzte zu Versuchszwecken gratis.

Medizinal=Seifen=Ges. m. b. H. Berlin C, Burgstrasse 30

Spezialität: Erstklassige medizinische Seifen (nur prima Fettseifen) jeder Art.

Verlag von Oscar Coblentz Berlin W.

Die topische Diagnose der chronischen Gonorrhoe

und der anderen bakteriellen Infektionen in den Harn- und Geschlechtsorganen des Mannes.

von

Dr. Rudolf Picker

emerit. Universitätsassistent, Spezialarzt für Urologie in Budapest.

Mit 6 Abbildungen und einer Tafel.

Preis M. 1,60.

Gesunde Kinder

durch echt **Löflund's**

Milchzucker. Reinste Marke. Nach Prof. v. Soxhlet's Verfahren, für gesunde und kranke Säuglinge.

Malz-Extrakt nach Liebig und Fehling, **seit 45 Jahren bewährt** als Katarrhmittel und Nähr-Präparat für Kinder, Kranke und Genesende.

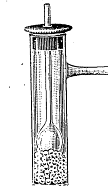
Malz-Suppen-Extrakt nach Prof. Keller, **für magendarmkranke Kinder,** in der Breslauer Klinik **bis 80% geheilt,** in vielen Anstalten eingeführt.

Nähr-Maltose, ein neuer Nährstoff von kräftigster Wirkung bei Kindern und Kranken (400 Calorien).

In allen Apotheken und Drogerien. Stets die Marke „Löflund“ verordnen.



Atmungsflasche



nach Sanitätsrat Dr. Siemon zur Einatmung ätherischer Oele und verwandter Stoffe bei chronischen Erkrankungen des Kehlkopfes, der Luftröhren und der Lungen

„Rückflußgläserbesteck“

für Aerzte nach Dr. Richard Loewenberg. Ges. gesch. D. R. G. M. Nr. 480044.

Zu beziehen von der Firma

von Poncet Glashüttenwerke Aktiengesellschaft

Berlin SO. 16, Köpenicker Straße 54, K. No. 143.

Prospekte kostenfrei.



Dr. med. Reinecke's

GRAVIDIN



(Extr. fuci serrat. fluid)

Unschädliches, vielfach erprobtes Mittel gegen

Hyperemesis gravidar.

San.-R. Dr. Wolf in G. schreibt: Das von Ihnen gelieferte Gravidin hat mir in einem Falle von Hyperemesis, der schon drei Wochen lang allen Maßnahmen trotzte, vorzügliche Dienste geleistet. Nach nur **zweitägigem** Einnehmen erfolgte völlige und andauernde Heilung.

Dr. med. Bamberger: Das mir seinerzeit gütigst überlassene Gravidin ergab einen glänzenden Erfolg, wie ich ihn nie erwartet hätte.

Zu beziehen durch die Apotheken oder direkt

Bernhard Hadra, Apotheke zum weißen Schwan

Berlin C. 2, nur Spandauerstraße 77.

PIVAKO. Wirksames internes Antigonorrhoicum.

Dr. med. H., Wien, sagt: Die sämtlich damit gemachten Versuche sind durchweg gelungen. **„Pivako“** ist eine haltbare, nicht unangenehm, aromatisch schmeckende Emulsion von Bals. Copaivae mit Extr. Cubebarum. In den beobachteten Fällen wurden **niemals die üblen Wirkungen des Copaiva-Balsams** wahrgenommen.

„Pivako“ erhöht die Acidität des Urins und erteilt demselben bakterizide und adstringierende Eigenschaften.
Es wird infolge seiner Emulsionsform sehr schnell vom Körper resorbiert, ohne Reizwirkungen und Magenbeschwerden zu verursachen.
Es wirkt anaesthesierend, beseitigt das Brennen beim Urinieren und verhindert schmerzhafts Erektionen.
Es vermindert die pathologische Sekretion.
Es macht die Schleimhäute für die Entwicklung der Gonokokken ungeeignet
Es wirkt diuretisch.
Es verhindert ein Weitergreifen der Entzündungen und Komplikationen.
Es kann mit Wasser verdünnt auch zur Injektion, zum Klysma und Spülungen oder konzentriert zum Befeuchten von Tampons usw. verwandt werden.
Es ist billiger als fast alle derartigen Präparate, denn eine Originalflasche à 3,50 Mk. reicht ca. 10—12 Tage.

Literatur und Probeflaschen gratis!

HOHNHORST & SCHLINZIGK

chem. Laboratorium, **Tangermünde E.,** Fernsprecher 18.

Rheopurgin

in Tabl. f. Kinder u. Erwachs. **Schachtel à 40 Stück M. 0,90** bezw. 1,— in vielen Kliniken ausschließlich gebraucht als

„Das“ Abführmittel.

Zuverlässig, milde, angenehm, bequem, billig.

Bestandteile: Rheum. plv. sbt. in Verbindung mit Phenolphtalein.

Literatur, Proben gratis. **Pharmaz. Fabrik Dr. Bruch, Wiesbaden.**

ATOPHAN

(2-Phenylchinolin-4-carbonsäure)

Fundamental neues Mittel gegen Gicht, Gelenkrheumatismus und Neuralgien. Von mächtigem Einfluß auf den Harnsäurestoffwechsel.

Nach neueren Forschungen ist es bei der Behandlung der Gicht von großer Bedeutung, das Blut von seinem Ueberschuß an Harnsäure zu befreien, die retirierte Harnsäure aus dem Organismus auszuschwemmen. Diesem Postulat entspricht in bisher nicht gekanntem Umfange die 2-Phenylchinolin-4-carbonsäure, die eine überraschend große Harnsäureausscheidung herbeiführt. Das genannte Präparat wird unter der als Marke geschützten Bezeichnung „Atophan“ in den Handel gebracht:

Chemische und physikalische Eigenschaften:

ATOPHAN ist in Wasser unlöslich, dagegen löslich in Alkalien und beim Erwärmen auch in Säuren. Es kristallisiert in kleinen Nadeln vom Schmelzpunkt ca. 210°. Es hat einen bitterlichen Geschmack, der aber in wässeriger Aufschwemmung des Mittels kaum hervortritt.

Pharmakologisches:

Nach den von Nicolaier und Dohrn an gesunden Menschen angestellten Untersuchungen, deren Ergebnisse von Weintraud und seinen Schülern auch bei Gichtikern bestätigt wurden, hat das ATOPHAN die Eigenschaft, die Harnsäureausscheidung in einer Weise zu steigern, wie es bisher noch von keinem anderen Mittel bekannt war. Schon Dosen von 0,25 bis 0,5 g wirken innerhalb einer Stunde vermehrend auf die Harnsäureausscheidung. Nach 2–3 g steigt die Harnsäuremenge um 100—300%, sowohl bei purinhaltiger als auch bei purinfreier Nahrung. Nach dem Aussetzen des Mittels fällt die Harnsäureausscheidung unter die Norm. Die Wirkung einer Dosis von 0,5 g ist bereits in den ersten 8 Stunden abgeklungen. Eine einmalige Gabe von 1 g erstreckt ihre Wirkung auf ca. 12 Stunden. Verteilte Tagesgaben von 3—5 g bewirken eine Vermehrung der Harnsäure auf etwa 24 Stunden. Mehrtägige Darreichungdes ATOPHAN ruft vermehrte Harnsäureausscheidung während der ganzen Versuchstage an, ist jedoch am ersten Tag am größten.

Nach Dohrn sowie nach Retzlaff wirkt das ATOPHAN zunächst „harnsäuremobilisierend", indem größere Mengen Harnsäure, auch beim Gesunden, innerhalb kurzer Zeit ins Blut geworfen werden, die dann schnell aus dem Organismus ausgeschieden werden. Erst sekundär scheint die Niere zu gesteigerter Harnsäureelimination veranlaßt zu werden. Dieser stark vermehrten Harnsäureausscheidung entsprechend wird beim Gichtiker das Blut von Harnsäure entlastet. Nach Versuchen von Weintraud, Zuelzer, Frank und Plehn ist bei Atophandarreichung ein Zurückgehen der Harnsäure im Blut bis zum völligen Verschwinden zu beobachten.

Der sauer gelassene Harn zeigt nach Verabreichung von ATOPHAN eine mehr oder minder starke Trübung durch Harnsäure und harnsaure Salze. Bei fortgesetzter Darreichung tritt diese Trübung beim Gesunden nur am ersten Tage auf und der Harn nimmt eine bordeauxrote Färbung an.

Die Diurese wird nicht vermehrt. Desgleichen bleiben Stickstoff-, Phosphorsäure- und Gesamtschwefelausscheidung völlig unbeeinflußt.

ATOPHAN wird gut vertragen, selbst in fortgesetzten Tagesdosen von 3 bis 5 g. Der Harn bleibt eiweiß- und zuckerfrei. Herz und Nervensystem erfahren keine Schädigung.

Klinisches:

Das ATOPHAN ist in erster Linie ein Mittel zur Behandlung der Gicht. Nach Weintraud und zahlreichen anderen Autoren wird der akute Gichtanfall prompt günstig beeinflußt. Die Schmerzen lassen bereits in den ersten Stunden nach der Verabreichung nach; der Anfall wird gemildert, abgekürzt oder vollkommen koupiert. Die Zeichen der akuten Entzündung, die Rötung und Schwellung gehen überraschend schnell zurück. Gelenkergüsse werden auffallend schnell resorbiert. Alle Beschwerden, unter denen der Gichtiker beim Anfall zu leiden hat, klingen vorzeitiger ab, als es sonst der Fall ist. In zahlreichen Fällen ist sogar ein Erweichen und Verschwinden der Tophi beobachtet worden. Die Wirkung ist derjenigen der Colchicum-Präparate überlegen, indem das ATOPHAN zuverlässiger und prompter auf die Schmerzen wirkt und vor allen Dingen völlig frei von den unangenehmen Nebenwirkungen des Colchicins ist. Es hat sich auch den Salicylpräparaten in akuten Gichtanfällen als bedeutend überlegen erwiesen, indem es noch dort Erfolge zeitigt, wo diese Mittel versagen. Deutsch bezeichnet nach Versuchen in der II. medizinischen Klinik in München (Professor F. v. Müller) das ATOPHAN als das derzeit beste Mittel gegen den akuten Gichtanfall.

Auch bei chronischer Gicht ist das ATOPHAN von wesentlichem Nutzen. Weintraud und andere Autoren sahen wesentliche Besserungen. P. F. Richter fand ATOPHAN besonders wirksam bei denjenigen Fällen chronischer Gicht, wo die Kranken ohne akute Entzündungserscheinungen durch Schmerzen in Gelenken, durch Myalgien und Neuralgien gichtischer Basis geplagt wurden. Hier soll es den anderen antirheumatischen und antineuralgischen Mitteln bei weitem überlegen sein. Nach Zuelzer ermöglicht die Atophandarreichung in diagnostischer Hinsicht eine einfache und für die praktischen Bedürfnisse genügende Unterscheidung zwischen Gicht und allen nichtgichtischen Gelenkaffektionen, indem bei Gicht während längerer Zeit starker Harnsäureausfall im Harn stattfindet, während im anderen Fall die Ausscheidung nennenswerter Harnsäuremengen nicht über den zweiten Tag anzuhalten pflegt.

Von vorzüglicher Wirkung erweist sich ATOPHAN ferner bei Gelenkrheumatismus. Georgiewsky, Tschernikow, Magat, Zuelzer, Heller, Weintraud, Plehn, Klemperer, Fränkel und andere Autoren berichten über entsprechende Erfolge. Heller wandte ATOPHAN bei etwa 40 Fällen an. Die akuten Fälle reagierten fast ausnahmslos günstig auf ATOPHAN, während die chronischen Fälle, die sich gegen sonstige Medikamente, wie besonders gegen Acetylsalicylsäure refraktär verhielten, nur teilweise gute Erfolge zeigten. Andere Autoren, wie Plehn berichten von typischen Fällen von schwerem akuten Gelenkrheumatismus mit überraschend günstigem Erfolg.

Bemerkenswert ist, daß nach ATOPHAN im Gegensatz zu Acetylsalicylsäure während des Temperaturabfalls, der oft innerhalb einer Stunde mehrere Grade betragen kann, keine oder nur ganz unbedeutende Schweißausbrüche auftreten, was von den Patienten besonders angenehm empfunden wird. Nach Weintraud wird der ganze Krankheitsprozeß im akuten Gelenkrheumatismus direkt günstig beeinflußt und ist daher bei allen möglichen Formen von Gelenkschmerzen, besonders bei fieberhaften Gelenkentzündungen angezeigt.

Neuralgien, Fälle von Ischias, Interkostal- sowie Ulnarisneuralgien hat Zuelzer mit überraschend promptem Erfolg durch ATOPHAN behandelt. Weintraud berichtet ebenfalls von überraschend guten Erfolgen bei Ischias, Hemikranie, Lumbago usw. und stellt fest, daß bei diesen Krankheiten abnorm große Harnsäuremengen im Blut kreisen, welche durch ATOPHAN ausgeschwemmt werden.

Anwendung und Dosierung:

ATOPHAN ist in kakaohaltigen Tabletten 0,5 g (Originalröhrchen à 20 Stück), die in Wasser sehr leicht zerfallen, erhältlich. Man verschreibe ATOPHAN-Tabletten „Originalpackung Schering". Jede Tablette zeigt die Prägung ATOPHAN. Ein Originalröhrchen kostet M 2,— (K. 2,50).

Bei Gicht verordne man pro Tag 3—4 g (d. h. 3—4 × je 2 Tabletten) und lasse nach Einnahme jeder in wenig Wasser aufgeschwemmten Dosis ein Glas Wasser trinken. Weintraud empfiehlt nach Verbrauch von ca. 10 g innerhalb 3—4 Tagen die Medikation auszusetzen und dann längere Zeit hindurch mit 8—10tägigen Intervallen immer wieder 2 bis 3 Tage lang je 3 g täglich zu nehmen. Diese chronisch intermittierende Form der Darreichung rät Weintraud vollkommen beschwerdefreien Gichtkranken, um der Wiederkehr von Anfällen vorzubeugen. Plehn spricht ebenfalls für vielwöchige Anwendung außerhalb des Anfalls, indem er anfangs 3—4mal 0,5 g, nach längerem Gebrauch 0,5 g pro die verordnet.

Dem vielwöchigen Gebrauch steht kein Hindernis entgegen, da das Mittel ohne Störung und Beschwerden genommen werden kann. Weintraud läßt Natr. bic. neben ATOPHAN nehmen, wenn große Menge Urate im Harn ausfallen. Nach ihm ist das Mittel kontraindiciert in allen Fällen, wo Nierensteinbildung vorliegt.

Bei Gelenkrheumatismus sind 3—5 g ATOPHAN pro die zu nehmen.

Paratophan und Isatophan

Da das ATOPHAN einen bitterlichen Geschmack besitzt, der vereinzelt nicht angenehm empfunden wird, so bringen wir für besonders geschmackempfindliche Patienten noch die folgenden Atophanderivate in den Handel, nämlich

Paratophan (6-Methyl-2-Phenylchinolin-4-carbonsäure)

Isatophan (8-Methoxy-2-Phenylchinolin-4-carbonsäure)

die als geschmackfrei zu bezeichnen sind.

Paratophan kristallisiert in gelblichen Nadeln vom Schmelzpunkt 204°, Isatophan in zitronengelben Nadeln vom Schmelzpunkt 216°. Beide Präparate sind unlöslich in Wasser, lösen sich aber leicht in Alkalien.

Klinisch verhalten sich Paratophan und Isatophan dem Atophan analog. Weintraud [18]), Zuelzer [11]) und auch Klemperer [19]) haben diese Wirkung in umfangreichen Versuchen bestätigt.

Dosierung: Paratophan und Isatophan werden in kakaohaltigen Tabletten à 0,5 g in den Handel gebracht. Die Tabletten zeigen die Prägung Paratophan bezw. Isatophan. Ein Originalröhrchen zu 20 Tabletten kostet M 2,25 (K. 3,—).

Die Verordnung ist die gleiche wie beim Atophan.

Literatur:

1) Arthur Nicolaier und Max Dohrn (Berlin). Ueber die Wirkung von Chinolincarbonsäuren und ihrer Derivate auf die Ausscheidung der Harnsäure. — Deutsches Archiv für klinische Medizin 1908, 93. Band.
2) E. A. Tschernikow und J. S. Magat Hospitalsklinik der Universität Charkow). Zur Frage des Einflusses der Phenylcinchoninsäure (Atophan) auf die Harnsäureausscheidung bei Gicht und Gelenkrheumatismus. Vorläufige Mitteilung. — Charkower medizinisches Journal 1910.
3) W. Weintraud (Wiesbaden). Die Behandlung der Gicht mit Phenylchinolincarbonsäure (Atophan) nebst Bemerkungen über die diätetische Therapie der Krankheit. — Therapie der Gegenwart, März 1911.
4) Ernst Heller (Krankenhaus Hasenhaide, Berlin). Atophan bei Gicht und akutem Gelenkrheumatismus — Berliner klinische Wochenschrift 1911, No. 12.
5) K. Georgiewsky (Charkow). Phenylcinchoninsäure (Atophan) bei Gicht. — Deutsche Medizinische Wochenschrift 1911, No. 22.
6) E. Starkenstein (Prag). Ueber die Beeinflussung des Purinstoffwechsels durch Phenylcinchoninsäure (Atophan). — Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie, Band 65, 3. und 4. Heft, Seite 177—196 (1911).
7) Weintraud. Zur Wirkung der 2-Phenylchinolin- 4-carbonsäure (Atophan) bei der Gicht. — Verhandlungen des deutschen Kongresses für innere Medizin 1911.
8) Bernard Bauch. Ueber die Einwirkung der 2-Phenylchinolin-4-carbonsäure (Atophan) auf den Harnsäurestoffwechsel des gesunden und gichtkranken Menschen. — Inaugural-Dissertation, Heidelberg 1911.
9) E. Frank und B. Bauch. Ueber den Angriffspunkt des Atophans bei seiner Einwirkung auf die Harnsäureausscheidung. — Berliner Klinische Wochenschrift 1911, No. 32.
10) K. Fromherz. Zur Kenntnis der Wirkungsweise der Phenylcinchoninsäure auf den Purinstoffwechsel des Hundes. — Biochemische Zeitschrift 1911, 35. Bd., 5. und 6. Heft.
11) G. Zuelzer. Ueber die Diagnose der Gicht durch Atophan. — Berliner klinische Wochenschrift 1911, No. 47.
12) W. Skórczewski und J. Sohn (Medizinische Klinik Lemberg). Ueber einige im Atophanharn auftretende charakteristische Reaktionen. — Wiener klinische Wochenschrift 1911, No. 49.
13) E. Frank (Breslau). Atophan und Harnsäure. — Sitzungsberichte der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur. Medizinische Klinik 1911, No. 50.
14) P. F. Richter (Berlin). Ueber Wesen und Behandlung der Gicht. — Deutsche medizinische Wochenschrift 1911, No. 51.
15) F. Deutsch (II. medizinische Klinik, München). Ueber die Wirkung des Atophans bei Gesunden und Gichtkranken. — Münchener medizinische Wochenschrift 1911, No. 50.
16) A. Schittenhelm und J. Schmid. Die Gicht und ihre Therapie. — Sammlung zwangloser Abhandlungen, herausgegeben von Prof. Albu (Berlin), II. Band, Heft 7, S. 48—50.
17) Plehn (Berlin). Zur Kenntnis der Wirkungsweise der Phenylchinolinkarbonsäure (Atophan) bei chronischer Gicht. — Deutsch-medizinische Wochenschrift 1912, No. 3.
18) W. Weintraud (Wiesbaden). Weitere klinische Erfahrungen mit Atophan nebst Bemerkungen über Gicht und Harnsäurediathese. — Therapeutische Monatshefte Januar 1912.
19) Retzlaff (Berlin). Ueber Atophantherapie bei der Gicht. Sitzungsbericht des Vereins für innere Medizin und Kinderheilkunde, Berlin, Januar 1912. — Deutsche medizinische Wochenschrift 1912, No. 9.
20) M. Dohrn (Berlin). Ueber Farbreaktionen, speziell die Diazoreaktion im Atophanharn. — Münchener medizinische Wochenschrift 1912, No. 10, S. 568.
21) M. Dohrn (Berlin). Ueber die Wirkung des Atophans mit einem Beitrag zur Theorie der Gicht. — Zeitschrift für klinische Medizin 1912, Bd. 74

Druck von Hans Dohrn, Berlin-Schöneberg, Eisenacherstr. 56.

Sonder-Abdruck
aus „Medizinische Klinik“ 1912, Nr. 2.

Neues über Pankreon.

Von Dr. E. Koch, Aachen.

Die Therapie der Arteriosklerose ist nur dann vollständig, wenn sie zugleich abdominell ist. Dabei wird es sich nicht allein um eine entsprechende Diät, sondern auch um wichtige Behelfe einer bestimmten Kostordnung handeln, und um diesen Ersatz dem Organismus wohlbekömmlich zu gestalten, wird man sich nach einem geeigneten Mittel umzusehen haben. Nach den Erfahrungen von M. Herz (1) ist die Verordnung des Pankreons unter solchen Verhältnissen ein wichtiges Unterstützungsmittel. Auch Burwinkel (2) empfiehlt es zur Behandlung der Angina pectoris. Schon nach kurzem Gebrauche bessern sich die stenokardischen Beschwerden, worauf Herz ein großes Gewicht legt. Man kann vielleicht hierbei an einen inneren Zusammenhang denken, insofern für die normalen Verhältnisse die Sekretion des Pankreas zur Herzfunktion in irgendeiner Beziehung steht, wie denn auch die Blutgefäßdrüsen in neuester Zeit in nahe physiologische Wechselbeziehungen zur Bauchspeicheldrüse gebracht werden. Jedenfalls wird aber durch die Darreichung des Pankreons eine bessere Ausnutzung der Diät bewirkt, was bei jenen zahlreichen Arteriosklerotikern, die in ihrer Ernährung stark gelitten haben, von enormer Bedeutung ist. Diese Resultate, die Herz mit Pankreon erzielte, haben in weiteren Fachkreisen großes Interesse erweckt, zumal sie auch für Neurologen und Psychiater von Wert sind, worauf Pilcz (3) aufmerksam macht. Eine besonders sorgfältige Reglung der Darmtätigkeit gibt auch bei der zerebralen Arteriosklerose eine der wichtigsten Indikationen ab.

Pankreon kann zu einer Art „Extrapankreas“ werden. Wenn bei der Bauchspeicheldrüse mit Herannahen des Alters eine Vermehrung des Bindegewebes stattfindet und der sekretorische Teil der Drüse unter diesen Vorgängen erhebliche Einbuße erleiden muß, sind naturgemäß nicht mehr die nötigen Fermentmengen vorhanden, um Assimilation und Resorption der zugeführten Nahrung zu besorgen. Alte Leute werden mager und bei ihrer schwachen Verdauung, auch in Fällen, wo man Fettansatz erzielen

will, empfehlen sich nach Lorands (4) Beobachtungen daher die Pankreontabletten ganz von selbst. Daß unter dieser Hilfe größere Mengen Milch, selbst bei Personen, die sie nicht gern trinken oder die sie im Verlauf chronischer Krankheitsprozesse ungenügend ausnutzen, leichter verdaut werden, darauf ist in der Pankreonliteratur schon häufiger hingewiesen worden. Ganz allgemein kann man bei Pankreon überhaupt auf Besserung von Verdauungsbeschwerden rechnen. Wenn man daran denkt, in welch innigem Zusammenhange die Pankreasdrüse mit der Leber steht, daß Veränderungen des einen Organs auch solche des andern veranlassen, so wird Pankreon auch bei diesen Erkrankungen wirksam sein. Bei jeder Lebercirrhose muß an eine Störung des Pankreas gedacht werden, wenn Resorption, Spaltung und Verseifung des Nahrungsfettes mehr oder minder gestört sind. Wenn in solchen, selbst schweren Fällen gestörter Fettverdauung, wie Tauber (5) schreibt, durch Pankreon die Fettspaltung sowohl als die Fettresorption sich bessert, so ist der Beweis des ursächlichen Zusammenhangs erbracht. Ebenso z. B. bei Gallensteinleiden chronischer Natur, wo häufig das Pankreas mitergriffen ist, indem ein Verschluß des Choledochus leicht das ätiologische Moment zu einer chronischen Pankreatitis abgeben kann. Ist es dazu gekommen, so verdient nach der Ansicht Hagens (6) und Gobiets (7) unter den zu verabreichenden medikamentösen Mitteln an erster Stelle das Pankreon Beachtung, wenn man eine Besserung der Nahrungsverwertung erzielen will.

Citron (8) hält das Pankreon für das beste Pankreaspräparat, über das wir zurzeit verfügen. Er preist dessen gute Eigenschaften bei der Achylie, wo es sich auch nach vielen andern Autoren ganz besonders bewährt hat. Er gibt auch eine recht brauchbare Vorschrift für das Nährklystier: 100 bis 180 ccm Milch, ein Gelbei, eine Messerspitze Kochsalz und ein Teelöffel voll Pankreonpulver werden zwei Stunden bei 40° gelassen, zehn Tropfen Opiumtinktur zugefügt, dann mittels Ball oder Trichter in den Darm gegossen, die Prozedur nach sechs Stunden wiederholt.

Ein gutes Pankreaspräparat muß alle drei Fermente der Drüse in wirksamem Zustand enthalten. Das ist der Grund, warum sich das Pankreon nach Albu (9) am besten bewährt hat. Daher ist das Pankreon auch ein geradezu spezifisches Mittel zur Beseitigung der pankreatogenen Fettdiarrhöe und Nahrungsresorptionsstörung. Albu kann auch nach eignen Erfahrungen bestätigen, daß insbesondere das Pankreon ebenfalls auf die Fleischverdauung bessernd einwirkt, daß man es mit vollem Recht als ein Adjuvans bei der Diagnosestellung verwertet und daß man einen solchen günstigen Einfluß auf die Fleisch- und Fettausnutzung zuweilen auch bei Verdauungsstörungen andern Ursprungs sieht. Auch nach Einhorn (10) hat sich das Pankreon für die

Fett- und Fleischverdauungsstörung als nützlich erwiesen. Kolisch (11) findet es sehr wirksam bei chronischen Darmkatarrhen auf apankreatischer Basis, wo die Verabfolgung von frischem Pankreas nicht in Frage kommen kann. Der Versuch einer funktionellen Ersatztherapie wird natürlich auch überall dort am Platze sein, wo das Pankreas als erkranktes diabetogenes Organ erkannt wird. Umber (12) pflegt in solchen Fällen dreimal 2 g Pankreon in etwas mäßig warmer Bouillon eine halbe Stunde vor der Mahlzeit nehmen zu lassen und konnte dabei recht erfreuliche Besserungen der darniederliegenden Resorption von Fetten und Eiweißstoffen erzielen, während an der Glykosurie diese Art der Therapie nichts zu ändern pflegt.

Zum Schlusse noch ein Kuriosum. Chvostek (13) berichtet von einem Falle, wo ein erfahrener Fachkollege die Diagnose eines Morbus Basedowii gestellt hatte. Als er den Kranken in desolatem Zustande sah, nahm er ein thyreotoxisches Herz an. Aber Herzmittel halfen nichts. Während der Behandlung konnte jedoch eine Pankreasstörung festgestellt werden und mit dem verordneten Pankreon änderte sich das Krankheitsbild mit einem Schlage: Der Patient genas, wurde arbeitsfähig. Kurze Zeit nach Aussetzen des Pankreons stellten sich die Symptome mit alter Heftigkeit wieder ein. Auch jetzt waren Kardiaca machtlos. Pankreon trat wieder in seine Rechte. Welches Organ war primär beeinflußt worden? Thyreoidea oder Pankreas? Eine sichere Entscheidung konnte in diesem Falle nicht getroffen werden.

Literatur: 1. Klinisch-therapeutische Woch. 1909. Nr. 47; ibid. 1910, Nr. 43; Oesterreichische Aerzte-Zeitung 1911, Nr. 9. — 2. F. d. Med. 1910, Nr. 18. — 3. Med. Kl. 1911, Nr. 5. — 4. **„Das Altern“.** (Leipzig 1909, Werner Klinkhardt.) — 5. Russkij Wratsch 1911, Nr. 10. — 6. Würzburger Abhandlungen 1909, Bd. 9, H. 12. — 7. Wr. kl. Woch. 1910, Nr. 47. — 8. Med. Kl. 1911, Beiheft 8. — 9. **Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechsel-Krankheiten.** (Halle, Carl Marhold, Bd. 3, H. 1.) — 10. Klinisch-therapeutische Woch. 1909, Nr. 38. — 11. Med. Kl. 1911, Nr. 7. — 12. **Lehrbuch der Ernährung und der Stoffwechselkrankheiten.** (Berlin 1909, Urban & Schwarzenberg.) — 13. Wr. kl. Woch. 1910, Nr. 6.

Aach. Verl.- u. Druck.-Ges.

81. Jahrgang **Berlin, 13. April 1912** **No.**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Aus dem städtischen Krankenhause zu Eriwan.

Ein Fall von durch Darmwürmer verursachtem Ileus nach Steinschnittoperation.

Von

Dr. A. O. Melikjanz.

Eine der häufigsten Erkrankungen unserer Gegend ist die Erkrankung an Darmwürmern. Im Jahre 1908 wurden in unserem Krankenhause etwa 888 Patienten an dieser Krankheit ambulatorisch behandelt, was etwa 5 pCt. aller ambulatorisch behandelten Fälle ausmacht. Es kommen Band- und Rundwürmer vor, am häufigsten aber Askariden.

Der Fall, von dem ich in Folgendem berichten will, ist deshalb interessant, weil der Verschluß des Darmes durch Würmer sich am 2. Tage nach einer Steinschnittoperation einstellte, ohne daß Patient sich erinnerte früher an Darmwürmern gelitten zu haben.

Es handelte sich um den 20 jährigen verheirateten Armenier G. A., einen Bauern aus dem Gouvernement Eriwan, dessen Bewohner ihr Trinkwasser aus Kanälen entnehmen müssen, da keine Quelle vorhanden ist.

Patient erschien am 25. August 1909 im Krankenhaus mit Klagen über Beschwerden beim Urinieren, die schon 3 Jahre andauerten. Patient ist kräftig gebaut, gut genährt. Die Brustorgane erwiesen sich als vollständig normal. Der Darmtraktus zeigt nichts Abnormes. Die Leber ist nicht vergrößert, hart, 4 Fingerbreiten vom Nabel entfernt. Der Kranke, der aus einer Malariagegend stammte, hatte lange am Wechselfieber gelitten. Die Geschlechtsorgane sind normal. Bei der Untersuchung mit der Steinsonde fand man einen großen Stein in der Harnblase, auf den also die Beschwerden beim Urinieren zurückzuführen waren. Die Temperatur des Patienten war nicht erhöht, Puls 80.

Am 25. August bekam der Patient ein Abführmittel.

Am 26. August Operation. Vorher bekommt Patient ein Klysma. Chloroformnarkose. Ich führte den hohen Steinschnitt aus und förderte einen etwa 110,0 g schweren Uratstein zutage. Ausspülung mit Borsäurelösung, Anlegung einer Heberdrainage. Bald nach der Operation erwachte Patient; er fühlte sich wohl und erbrach nicht. Er empfand eine Erleichterung in der Unterleibsgegend. Der Urin floß normal ab.

Am 27. August, morgens, bekam der Patient Fieber bis 39°, abends 39,6°, Puls 120, der Leib ist aufgetrieben, beim Berühren schmerzhaft. Patient erbrach einmal. Die Zunge ist trocken, belegt. Der Verband blieb trocken, Urin floß ungestört aus der Blase ab. Der Stuhl ist angehalten, Gase gehen nicht ab. Das subjektive Befinden ist schlecht. Da die Milz sich als vergrößert ergab und an der Wunde alles in Ordnung war, so wurde an einen Malariaanfall gedacht. Patient bekommt flüssige Kost, innerlich Opium.

28. August. Patient hat die Nacht unruhig verbracht. Temperatur morgens 37,8°, abends 38°, Puls 100, mäßig gefüllt, die Atmung beschleunigt. Das Abdomen stark aufgetrieben, empfindlich. Die Milz nicht mehr palpabel. Die Zunge trocken, belegt. Patient hat schleimiges Erbrechen, will keine Milch trinken, bittet um Wasser. Nach dem Trinken bekommt Patient Erbrechen. Das Allgemeinbefinden ist sehr schlecht, Patient ist unruhig, die Augen sind in die Orbita zurückgesunken, die Nase ist spitz, die Stimme sehr leise, Patient klagt über Schmerzen im Unterleibe, bittet um ein Brechmittel, weil er vom Erbrechen Erleichterung erwartet. Stuhlgang und Gase sind angehalten.

Es bestehen alle Symptome einer Peritonitis. Die Wunde blieb aber immer unverändert und der Urin floß ungestört ab. Patient bekommt Eisstückchen und Opium. Auf das Abdomen wird eine Eisblase aufgelegt, ins Rektum eine Röhre zur Ableitung der Gase geschoben.

29. August. Patient hatte eine schlechte Nacht. Die Temperatur ist morgens 37°, abends 38°, der Puls und die Atmung sind noch beschleunigt. Die Wunde ist rein, der Urin fließt gut ab. Das Erbrechen und die Schmerzen im Bauche dauern noch fort, das Abdomen ist noch stark aufgetrieben, Gase gehen nicht ab. Patient nimmt nichts zu sich. Erbrechen fördert einen Spulwurm zutage. Um 9 Uhr morgens bekommt Patient ein Klysma, wonach Gase abgehen. 3 Stunden später bekommt Patient ein Nährklysma aus Stärke und Eiern Von Santonindarreichung mußte wegen des Erbrechens abgesehen werden.

Am 30. August nachts wurde das Erbrechen lebhafter, aber zugleich bekam Patient Diarrhoe. Patient mußte alle 15 Minuten Stuhl entleeren, wobei einmal ein ganzes Knäuel von Askariden, etwa 30 Stück, zum Vorschein kam; später bis zum Morgen gingen noch etwa 20 Askariden ab. Gegen Morgen sistierte das Erbrechen, die Auftreibung des Abdomens ging zurück, die Zunge würde wieder feucht, war aber noch immer belegt. Patient fühlt sich besser. Die Temperatur betrug am Morgen 37,4°, abends 38°, Puls 90, die Atmung war normal. Die Wunde war rein, der Urin floß gut ab. Am Tage wurden dann noch etwa 20 Askariden entleert. Patient bekam jetzt innerlich Santonin.

31. August. Patient fühlt sich wohl. Temperatur, Puls und Atmung sind normal, Patient hat keine Schmerzen. Im Laufe des Tages wurden noch 20 Askariden entleert. Patient bekommt weiter Santonin. An der Wunde sind keine Veränderungen eingetreten.

1. September. Entleerung von 15 Askariden

Am 2. September gehen weitere 10 Würmer ab. Die Blase wird mit Borsäurelösung gespült. Entfernung der Nähte und der Heberdrainage. Innerlich Santonin.

Am 3. September werden noch 6 Würmer zutage gefördert. Die Wunde beginnt schon zu vernarben. Die Blase wird mit Borsäurelösung gespült. Die Spülflüssigkeit ist trübe, riecht.

An den folgenden drei Tagen gingen keine Würmer mehr ab.

Am 6. September ging zuerst Urin durch die Urethra ab. Patient bekommt kein Santonin mehr.

7. September. Blasenspülung. Patient läßt Urin durch die Urethra. Die Wunde zeigt das Bild normalen Heilungsverlaufs.

8. bis 10. September. Patient fühlt sich wohl. Wundheilung ohne Störungen.

Am 11. September verläßt Patient das Krankenhaus.

Nach dem in Vorstehendem Geschilderten ist klar, daß Patient einen Ileus durchgemacht hatte und daß der Darmverschluß durch eine größere Zahl von Askariden, deren 142 gezählt wurden, hervorgerufen worden war. Anfangs dachte ich an Peritonitis und vermutete, daß beim Herausziehen des Steines das Bauchfell verletzt wurde, was, wie bekannt, ja vorkommen kann.

Dr. Solomka berichtet über 494 Fälle von Operationen des hohen Steinschnitts, die von russischen Chirurgen ausgeführt wurden; in 6 davon wurde das Bauchfell angerissen; 3 dieser Verletzungen erfolgten schon beim Blasenschnitt, 2 bei der Steinextraktion und eine nach der Operation.

Bei dem beschriebenen Falle glaubte ich mit ziemlicher Sicherheit eine Bauchfellverletzung annehmen zu müssen. An Ileus konnte ich nicht denken, da Patient vor der Operation ein Abführmittel und ein Klysma bekommen hatte.

Der Ileus und seine Ursache wurden erst am 5. Tage nach der Operation, am 30. August, erkannt. Daß es sich wirklich um durch Askariden verursachten Ileus gehandelt hat, geht daraus hervor, daß sofort nach dem Abgange der Würmer alle Symptome schwanden. So konnte denn unser Patient am 16. Tag nach der Operation das Krankenhaus geheilt verlassen.

Ueber Rhodalzid und seine Indikationen.

Von

Dr. med. et phil. **J. Nerking** (Düsseldorf).

In einer Arbeit in der „Med. Klinik", 1912, No. 7, habe ich vor kurzem über ein neues Präparat Rhodalzid, eine Verbindung von Rhodan und Eiweiß berichtet, das für die innere Medizin eine gewisse Bedeutung zu erlangen verspricht. Schon frühere Autoren, insbesondere die französischen Forscher Bentley und Le Roy haben der Verwendung von Rhodansalzen bei Arteriosklerose und gichtischen Affektionen warm das Wort geredet, ohne daß die Medikation sich einbürgerte, wohl mit aus dem Grunde, weil den Rhodanverbindungen doch immerhin eine gewisse Giftigkeit innewohnt und sie leicht auch zu Störungen der Funktionen des Magen-Darmkanals Veranlassung geben können. In dem Rhodalzid ist nun eine Rhodanverbindung gegeben, deren gänzliche Ungiftigkeit und Harmlosigkeit unter Beibehaltung der therapeutischen Eigenschaften des Rhodans durch den Versuch am Tiere und am gesunden Menschen erwiesen ist. Von Lohmann, Scheuer u. a. ist die Wirksamkeit der Rhodalzidbehandlung bei Caries dentium, bei der, wie wir jetzt wissen, Rhodan im Speichel fehlt, ferner bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und Affektionen der oberen Luftwege in zahlreichen Fällen erwiesen worden. Neben diesen Erkrankungen der Zähne und der Schleimhäute kommen als Indikationen für die Rhodalzidbehandlung in Betracht: Arteriosklerose, weil den Rhodansalzen die Eigenschaft innewohnt, unlösliche Calcium- und Magnesiumsalze zu lösen und außerdem dem Rhodalzid insbesondere blutdruckherabsetzende Eigenschaften zukommen, ferner bei Gicht und verwandten Affektionen, und bei gewissen Nervenerkrankungen, so bei den lanzinierenden Schmerzen der Tabiker, bei hartnäckiger Migräne und sympathischen Neurosen. Eine eigenartige Wirkung scheint die Rhodanverbindung bei Tuberkulose zu haben, insofern nach kurzer Anwendung Tuberkelbazillen aus dem Auswurf verschwinden. Ist dies wirklich eine Folge der Rhodalzidmedikation, so sind zwei Möglichkeiten vorhanden: entweder ist eine Allgemeinwirkung auf den Gesamtorganismus vorhanden, in diesem Falle wäre die Suche nach einem einfach zu nehmenden, wirksamen Tuberkulosemittel von Erfolg gekrönt oder aber das Sputum ist bei der Passage der mit Rhodalzid beschickten Schleimhäute frei von Bakterien geworden; in diesem Falle wäre die Medikation von Rhodalzid bei allen Erkrankungszuständen, bei denen eine Passage, eine Vermehrung oder ein Haften von Bakterien in den Schleimhäuten stattfinden kann, jedenfalls am Platze, d. h. bei Diphtherie, Angina, Meningitis, Larynxtuberkulose und Darmtuberkulose. Im folgenden gebe ich eine Reihe von Krankengeschichten, bei denen Rhodalzid zur Anwendung kam:

Fall 1. Herr, 51 Jahre alt, leidet schon seit einer Reihe von Jahren an Gicht, die sich in heftigen Anfällen äußert. Heftige Schmerzen in den Fuß- und Beingelenken, die das Gehen äußerst erschweren und schmerzhaft machen. Die Schmerzen sind besonders nachts im Bett lästig. Harn enthält starke Ausscheidung von kristallisierter Harnsäure. Patient nahm täglich 3 Tabletten Rhodalzid, hintereinander zusammen 40 Tabletten. Schon nach etwa 4 Tagen ließen die Schmerzen nach; nach 10 Tagen waren die Schmerzen ganz wesentlich geringer, die Harnsäureausscheidung minimal. Nach etwa 8 tägiger Pause nahm Patient täglich 2 Tabletten; nach im ganzen 4 wöchiger Behandlung war der Harn frei von Harnsäurekristallen, die Schmerzen beseitigt. Patient nimmt mit Unterbrechungen noch wenige Tabletten und ist seit etwa 3 Wochen frei von gichtischen Beschwerden, während er früher andauernd darunter zu leiden hatte.

Fall 2. Herr, 53 Jahre alt, Gichtiker. Die Krankheit äußert sich ähnlich wie in Fall 1, nur wesentlich schwächer. Ausscheidung von kristallisierter Harnsäure nur ganz gering. Patient nahm anfangs zunächst 3, dann 2 Tabletten, im ganzen etwa 80, mit zweimaliger Unterbrechung, von erst 14 Tagen, dann 3 Wochen. Die Schmerzen sind nach der ersten 3 wöchigen Behandlung verschwunden, traten aber nach 8 Tagen wieder auf, aber gelinder, verschwanden dann bei weiterem Einnehmen von Rhodalzidtabletten. Patient fühlt sich nach der Behandlung im allgemeinen wesentlich wohler als vorher. Seit der Behandlung und auch nach dem Einstellen des Einnehmens der Tabletten bemerkt Patient eine wesentlich vermehrte Speichelabsonderung, die ihm aber nicht unangenehm ist.

Bitte wenden!

Fall 3. Arzt, 40 Jahre alt, Harnsteine. Nach mehrtägigem Gebrauch der Tabletten Abgang von kleinen Steinen und Gries, Verschwinden der Beschwerden.

Fall 4. Fabrikant, 54 Jahre alt, Gichtiker, der alle bekannten Mittel gegen Gicht schon angewendet hatte; auffallend schnelle Besserung unter dem Einflusse der Rhodalzidtabletten; Patient kann nach kaum 10 Tagen den Weg zu seiner Fabrik, den er sonst nur fahren konnte, zu Fuß zurücklegen.

Fall 5. Frau, 67 Jahre alt, Arthritis urica, bekommt Rhodalzid mit gutem Erfolg. Colchicin, Atophan u. a. ohne Erfolg.

Fall 6. Herr, 46 Jahre alt; starke Arteriosklerose; schon lange Jod in Form von Jodalkalien, Jodival, Sajodin etc. angewandt. Blutdruck 155 nach Riva-Rocci. Nach 10 Tagen, während welcher der Patient 3 mal täglich 1 Tablette Rhodalzid nimmt, ergibt eine erneute Blutdruckmessung einen solchen von 135, nach weiteren 8 Tagen von 120. Die Atembeschwerden erheblich gemildert.

Fall 7. Herr, 53 Jahre alt, seit 2 Jahren an Arteriosklerose leidend, behandelt mit Jod, Massage, Bädern. Sehstörungen, besonders bei längeren geistigen Arbeiten, zeitweise Lähmungserscheinungen, Blutdruck 158, Puls 85. Nach 10 Tagen täglich 2 Rhodalzidtabletten wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens, auch der Sehstörungen, Blutdruck 138; nach weiteren 3 Wochen Blutdruck 130, Puls 65.

Fall 8. Herr, 50 Jahre alt, schwere Tabes, luetische Infektion vor 15 Jahren, gastrische Krisen und heftige lancinierende Schmerzen schon seit Monaten. Pyramidon, Trigemin und das ganze Heer der übrigen Antipyretica bringen keine wesentliche Besserung. Seit 8 Tagen nimmt Patient 3 mal täglich 1 Rhodalzidtablette mit dem Erfolge, daß die Schmerzen fast verschwunden sind.

Fall 9. Herr, 48 Jahre alt. Tabes mit starken lancinierenden Schmerzen, nimmt ebenfalls 3 mal täglich 1 Tablette Rhodalzid und ist nach seiner Angabe schon am 4. Tage frei von Schmerzen gewesen; er nimmt die Tabletten noch weiter.

Fall 10. Frau, 65 Jahre alt, Coronarsklerose, nahm viel Morphium; typische Anfälle von Asthma, Rhodalzid schon am 1. Tage wirkungsvoll.

Fall 11. Frau, 78 Jahre alt, leidet an trockenem Husten, Schleimhäute des Halses, der Mundhöhle und der Nase völlig trocken, glänzend. Stuhl trocken in kleinen Kugeln, Pat. durch ihre Schmerzen sehr nervös. Auf Rhodalzid am 2. Tage Linderung, Stuhl ohne Laxans weicher.

Fall 12. Herr, 58 Jahre alt, seit 1½ Jahren von Halsspezialisten wegen Lues des Rachens behandelt. Hat ohne Erfolg fast dauernd Jod genommen. Befund: hochgradige, nach dem harten Gaumen abgegrenzte Rötung und Schwellung der Rachenorgane und Schleimhaut. Halsdrüsen geschwollen, schmerzhaft, kein Belag, keine Narben etc. Temperatur 41,6° (im Mund). Diagnose Streptokokkenangina, Streptokokkendrüsen. Auf Rhodalzid am 1. und 2. Tage Verschlimmerung, am Abend des 2. Tages weniger Halsschmerzen, nach 6 Tagen (2 mal täglich 1 Tablette) beschwerdefrei.

Fall 13. Knabe, 14 Jahre alt. Seit 7 Jahren jährlich 4- bis 5 mal heftige Angina mit hohem Fieber (40° und mehr), wurde vor 2 Jahren deshalb operiert, Tonsillotomie und Adenotomie ohne Erfolg. Im Tonsillenschleim Streptokokken, bekam bei seiner letzten Angina, da kein Rhodan im Speichel, Rhodalzid, der Verlauf zunächst nicht wesentlich beeinflußt, seitdem wird Speichel regelmäßig kontrolliert auf Rhodan und in kürzeren Abständen Rhodalzid genommen, mit dem Erfolg, daß seit vier Monaten keine neue Angina mehr aufgetreten ist. Beginnende Anginen werden mit Rhodalzid regelmäßig coupiert.

Fall 14. Frau, 68 Jahre alt. Coronarsklerose, Anfälle von Atemnot, nimmt seit einem halben Jahre mit gutem Erfolge Rhodalzid.

Fall 15. Herr, 31 Jahre alt, Gingivitis, Stomatitis, Pharyngitis, Rhinitis, Stirnhöhlenkatarrh. Dauernd blutiger Schleim von Zahnfleisch und Nase. Nach 6 Tabletten Besserung, wird zurzeit noch behandelt.

Fall 16. Kind, 5 Jahre alt. Skrofulose, Spitzenkatarrh, tuberkulöse Bauchfellentzündung, Ascites, sehr herunter, hustet viel. Nach Fehlschlagen vieler anderen Therapien mit Rhodalzid durchschlagender Erfolg, Gewichtszunahme, Appetit.

Fall 17. Herr, äußerst schmerzhafte Entzündung der ganzen Mundhöhle. Am Gaumensegel bildeten sich kleine gelbe Bläschen, die Zunge wurde dick und gerötet, die Bänder der Zunge waren so schmerzhaft und empfindlich, daß Patient kaum sprechen konnte. Die Zungenpapillen waren bedeutend vergrößert, Wangen- und Lippenschleimhaut ebenfalls entzündet und gerötet und ein Gefühl im Munde, als sei der ganze Mund mit Nadeln gespickt. Nahrungsaufnahme war nur unter großen Schmerzen möglich, feste Speisen ganz ausgeschlossen. Nach ca. 2 Tagen lokalisierte sich die Entzündung mehr auf die Zunge und den harten Gaumen und bildete sich nunmehr das typische Bild der Müllerschen Glossitis heraus. Der Rand der Zunge war entzündet und schmerzend, dem Rande parallel lief ein zweiter entzündeter Streifen. Auf der Mitte der Zunge befand sich außerdem noch eine ca. ein Pfennigstück große entzündete Stelle. Brot, Erbsen, Zucker, Kartoffeln, Schmalz riefen eine erhöhte Entzündung hervor, die mit starken Schmerzen verbunden war. Spülungen mit essigsaurer Tonerde, Wasserstoffsuperoxyd, Salbeiabkochung etc. hatten keinen Erfolg, im Gegenteil, sie vermehrten noch die Entzündung, Pinselungen mit Jod-Jodkalium, Glyzerinlösung ebenfalls keinen Erfolg, eine geringe Besserung trat nach Jodkalium intern ein, aber auch nur zeitweise. Linderung der Schmerzen und geringes Abflauen der Entzündung trat nach Spülungen mit Stovain-Adrenalin ein. Jodkalium innerlich mußte wegen Magenbeschwerden ausgesetzt werden. Nach Einnehmen von Rhodalzid, am ersten Tage 3 Tabletten, am zweiten Tage wieder 3 Tabletten und am dritten Tage war Patient imstande, ohne jede Schmerzempfindung grobes Brot zu essen, seit Monaten zum ersten Male. Bloß Erbsen und harte Kartoffeln verursachten noch ein kleines Unbehagen und eine kurze Entzündung der Zunge. Schon lange bestandene chronische Schwellung des Mageneinganges verschwunden, keine Schmerzhaftigkeit des Magens mehr.

Daß schließlich auch Hauterkrankungen durch Rhodalzid günstig beeinflußt werden und ein Fall von Basedow unter Rhodalzidbehandlung auffallende Besserung zeigte, sei noch erwähnt und in dieser Hinsicht auf die Arbeit von Scheuer verwiesen. (Prager medizin. Wochenschrift, Januar 1912.)

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließl. Infektionskrankheiten, Neurologie und Toxikologie).

Privatdozent Dr. **Paul Roethlisberger** (Genf): **Neues über Untersuchung und Behandlung gewisser mit Polyarthritis kausal verknüpfter Tonsilliten.** (Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 8.)

Die ätiologische Bedeutung der Beschaffenheit der Tonsillen für den Gelenkrheumatismus wurde in den letzten Jahren von einer Reihe von Autoren hervorgehoben. Auch Verf. betont auf Grund seiner Erfahrungen, daß in jedem Falle von Rheumatismus, und zwar chronischem sowohl wie akutem, eine genaue Untersuchung der Tonsillen von größter Wichtigkeit ist. Die chronische desquamierende Entzündung der Tonsillen steht nicht nur oft in kausalem Zusammenhang mit der akuten rezidivierenden und subakuten Polyarthritis, sondern auch hier und da mit gewissen chronischen Formen von Gelenkrheumatismus. Die Untersuchung der Tonsillen darf aber nicht nur in einer einfachen Besichtigung bestehen, sondern nebst dem vorderen und hinteren Recessus müssen noch die Krypten genau geprüft werden. Dies geschieht nach Verf. viel einfacher und sicherer als durch eine detaillierte Sondenuntersuchung durch gründliche Abtastung und Auspressung mit dem Finger. Die rechte Tonsille wird mit dem rechten Zeigefinger, die linke Tonsille mit dem linken Zeigefinger in der ganzen Ausdehnung palpiert und ausgepreßt. Am tuschierenden Finger bleiben häufig eitrige oder käsige Massen hängen und man sieht nach der Untersuchung oft in Fällen, wo vorher nichts zu sehen war, graue oder gelbliche Massen auf der Oberfläche. In einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen kann die Behandlung in einer Art Massage der Tonsillen bestehen die mehrere Wochen hindurch alle 2—3 Tage oder noch häufiger ausgeführt werden muß. In vielen Fällen genügt diese Behandlung. Führt sie zu keinem vollständigen Erfolg, so hat sie doch für eine radikale Operation vorbereitend resp. vereinfachend gewirkt. Die Operation besteht in der Aufschlitzung und ausgiebigen Kurettierung der verhärteten Partien; reichlich käsig-eitrige Massen werden dabei oft zutage gefördert. Gewisse Fälle, bei denen eine zirkumskripte Schwellung mit großer Empfindlichkeit und negatives Expressionsergebnis auf einen eingekapselten Absceß schließen lassen, sind von vornherein operativ zu behandeln.

Privatdozent Dr. **Fr. Bering** (Kiel): **Ueber Gelenkerkrankungen bei erworbener Syphilis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Die Gelenksyphilis ist ein Krankheitsbild, das nicht immer richtig erkannt wird und doch große praktische Bedeutung hat. Verf. teilt deshalb 11 einschlägige in der Kieler Universitätsklinik für Hautkrankheiten beobachtete Fälle mit. Der Verlauf der Krankheit ähnelt sich in allen Fällen sehr. Es tritt allmählich eine nicht sehr schmerzhafte Schwellung eines oder selten mehrerer Gelenke auf. Die Konturen der Gelenke verstreichen, die Bewegungen sind in geringem Grade behindert, deshalb können die Patienten meist ihrer gewöhnlichen Beschäftigung nachgehen. Nach einigen Wochen kommt es zu einem serösen Erguß in das ganze Gelenk. Oder es sind nur vereinzelte Recessus des Gelenks befallen, die sich dann tumorartig vorwölben, fluktuieren und auf Druck empfindlich sind. Aber auch dann sind die Schmerzen nicht so heftig wie bei einem rheumatischen oder gonorrhoischen Erguß. Die Gelenke

werden geschont; die Kranken klagen über eine gewisse Unsicherheit in den Gelenken. In 9 Fällen war die Entwicklung der Gelenksyphilis langsam, schleichend; in 2 Fällen war die Entzündung akut mit ziemlich großer Schmerzhaftigkeit. Die Lues hatte 4 mal ein Fußgelenk, 4 mal ein Kniegelenk, 3 mal ein Sternoklavikulargelenk und 2 mal ein Ellbogengelenk befallen. 2 mal waren mehrere Gelenke befallen. Von den 11 Kranken waren 7 zur Zeit der Gelenkaffektionen frei von anderen syphilitischen Erscheinungen. In vier Fällen wurden neben der Gelenksyphilis Spätsyphilide beobachtet, 2 mal Gummata und 2 mal tubero-serpiginöse Syphilide. Was den anatomischen Sitz der Erkrankung anlangt, so kann die Lues an allen Teilen des Gelenkes ihren Angriffspunkt nehmen; meist ist jedoch die Kapsel primär erkrankt. Durch das Röntgenbild wurde in den Fällen des Verf. einige Male eine geringe Auffaserung des Knochens festgestellt, nur in einem Falle ausgedehnte Veränderungen der Knochen. In 10 Fällen war die Wassermannsche Reaktion positiv. — Die Gelenklues kann sowohl im Frühstadium wie im Spätstadium der Syphilis auftreten; sie kann monoarthritisch oder polyarthritisch sein; sie ist auch nicht in allen Fällen schmerzlos. Differentialdiagnostisch wird man meist Arthritis gonorrhoica und Arthritis rheumatica auszuschließen haben, in seltenen Fällen vielleicht auch Tuberkulose. Bei der Gelenksyphilis fehlt das Fieber fast vollständig; Verf. beobachtete bei seinen Fällen nie eine Steigerung über 38,2°. Herzaffektionen fehlen stets. Die Prognose der Gelenklues ist nach des Verfassers Erfahrungen sehr günstig. Es dauert sehr lange, ehe schwere Zerstörungen innerhalb des Gelenks sich ausbilden. Auf spezifische Behandlung gehen die Veränderungen meist sehr schnell zurück. 10 Fälle wurden mit intravenösen Salvarsaninjektionen behandelt, 1 Fall mit Ol. ciner. In oft unglaublich kurzer Zeit waren die Ergüsse resorbiert; die Schmerzen verschwanden schon nach wenigen Stunden; mit Hg kann man ähnliches erreichen. Wo allerdings schon schwere Knochenveränderungen bestehen, kann man Besserung oder Heilung nicht mehr erwarten. Die Prognose ist also nur dann sehr günstig, wenn die spezifische Behandlung rechtzeitig eingeleitet wird.

Prof. **J. Hoffmann** (Heidelberg): **Diplegia brachialis neuritica.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Die Facialislähmung befällt bekanntlich oft ganz gesunde Menschen plötzlich über Nacht. Diese Tatsache beweist, daß eine Neuritis, wenn auch als Mononeuritis, plötzlich, fast apoplektisch in die Erscheinung treten kann. Selten dagegen ist die apoplektiforme, bis jetzt nur einseitig beobachtete Brachialplexuslähmung auf neuritischer Basis. Noch seltener sind doppelseitige neuritische, ganz akut einsetzende Armlähmungen. In der Nervenabteilung der Heidelberger medizinischen Klinik wurden seit 1899 im ganzen drei derartige Fälle beobachtet; über diese berichtet Verf. in der vorliegenden Arbeit. In einem Falle handelte es sich um einen 9 Jahre alten Knaben, der über Nacht bei vor- und nachher vollem Wohlbefinden von einer Lähmung beider Hände befallen wurde, die zu keiner Zeit von subjektiven oder objektiven Sensibilitätsstörungen begleitet war. Zwei Monate nach Eintritt der Lähmung in den gelähmten Handpartien beider Nervi mediani und des linken Nervus medianus noch komplette Entartungsreaktion, im rechten N. ulnaris partielle Entartungsreaktion, Muskelatrophie ohne fibrilläre Zuckungen und Krallenstellung der Finger. Nach drei Monaten restlose Heilung. In einem zweiten Falle handelte es sich um einen 60 jährigen Mann, der in einer Nacht ganz plötzlich mit Lähmung beider Arme und heftigen Schmerzen in denselben erwachte. Die Lähmung nahm nicht mehr zu, erstreckte sich in verschiedener Schwere über die ganzen Arme, die Schultermuskeln zum Teil mit inbegriffen, rechts etwas stärker als links; am schwersten waren beide Radiales befallen. Die Entartungsreaktion und die sonstigen Symptome sicherten die Diagnose Neuritis. Es trat Heilung ein bis auf eine dauernde symmetrische Lähmung des Nervus radialis. Das Allgemeinbefinden war von Beginn der Lähmung an stets gut; die Aetiologie blieb unaufgeklärt. — Der dritte Fall betraf einen 25 Jahre alten Rangierer, der nach einem Nachtdienst bei feuchtkaltem Wetter nach einigen Stunden Schlafs plötzlich an vollständiger Lähmung beider Arme und heftigen, reißenden Schmerzen in denselben erkrankte. Der ganze Symptomkomplex und weitere Verlauf sprach für Neuritis. Nach Ablauf von 1½ Jahren war restlose Heilung eingetreten. Möglicherweise war in diesem Falle eine der Lähmung um 3 Wochen vorausgegangene fieberhafte Affektion von ätiologischer Bedeutung. Die drei Fälle beweisen nach Verf., daß nicht jede akut einsetzende atrophische Armlähmung bei Erwachsenen oder Kindern durch eine Poliomyelitis acuta bedingt sein muß, sondern daß eine solche auch neuritischer Natur sein kann.

Dr. **Giovanni Dordi** (Rovereto) und Dr. **Silvio Canestrini** (Graz): **Ein Fall von intermittierender sensorischer Aphasie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Bei einem 25 jährigen Patienten war nach einer im Anschluß an eine linksseitige Otitis media vorgenommene Radikaloperation ein Fistelgang mit einer sehr engen Oeffnung nach außen an der Basis des Processus mastoideus zurückgeblieben. An der Mündung der Fistel verhinderte ein krustenförmiger Pfropf von Zeit zu Zeit den Austritt des Fistelinhaltes und verursachte dadurch eine Stauung. Nach 2 Jahren traten Symptome eines Hirnabscesses auf, welcher nach osteoplastischer Resektion des oberhalb des Meatus acusticus externus liegenden Teiles der Schläfenbeinschuppe entleert wurde. Der Knochenlappen wurde bis auf eine kleine Lücke zur Drainage wieder eingesetzt. Mit fortschreitender Heilung schwand langsam die sensorische Aphasie, die vorher bestanden hatte, sowie die Stauungspapille unter Zurücklassung einer leichten Atrophie des Opticus. Auch nach vollständiger Heilung blieb der oben erwähnte Fistelgang zurück. Nach wieder zwei Jahren trat der Patient von neuem mit sensorisch-aphasischen Symptomen in das Krankenhaus ein. Die retroaurikuläre Fistel war jetzt geschlossen. Der Meatus acusticus zeigte völlige Atresie; die Luftleitung war aufgehoben. Während der ersten Untersuchung kehrte die Sprechfähigkeit vorübergehend wieder, auch trat ein Anfall von Jacksonscher Epilepsie auf. Es wurde nun von neuem im Gebiete der alten Narbe operiert und es fand sich zunächst in der Gegend des Fistelganges eine Höhle mit perlartigen Epithelmassen als Resten eines Cholesteatoms. Die Höhle kommunizierte an der dorsalen Wand mittels einer leichten Dehiszenz des Knochens mit der Narbe der Hirnhäute und des Gehirns, die infolge des Abscesses zurückgeblieben war. Diese Knochenfissur wurde verbreitert und dadurch die Verbindung zwischen Höhle und Gehirnnarbe erweitert. Nach Erweiterung des Schnittes nach oben gelangte man von der Wunde aus dann in eine Höhle, die zwischen der Dura und der Gehirnmasse des Lobus temporalis und dem basalen Teil des Lobus frontalis gelegen war; in dieser Pseudocyste befanden sich etwa 100 g einer serösen Flüssigkeit. Nach osteoplastischer Resektion des Angulus mastoideus des Os parietale wurde unter Inzision der Dura die Cyste entleert und der resezierte Knochenteil an seinen früheren Platz eingesetzt. 12 Stunden nach Beendigung der Operation zeigte der Patient keine Symptome der sensorischen Aphasie mehr und erzählte den Aerzten, daß er jedesmal, wenn früher der retroaurikuläre Fistelgang sich geschlossen hatte, große Schwierigkeiten gehabt hatte, gesprochene Worte zu verstehen und selber merkte, daß er beim Sprechen nicht die richtigen Ausdrücke gebrauchte; deswegen habe er immer versucht, die Kruste zu entfernen, die den Fistelgang verschloß, was ihm aber in der letzten Zeit nicht mehr gelungen war. Die Heilung verlief langsam, aber ungestört. — Es handelte sich also hier um eine durch den Druck einer Pseudocyste hervorgerufene intermittierende sensorische Aphasie, bei der auf der Höhe der Erkrankung auch flüchtige und remittierende motorisch-aphasische Erscheinungen auftraten.

Prof. **Erich Harnack** (Halle): **Ueber die Giftigkeit des Methylalkohols.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 8.)

Wie Verf. ausführt, ist der Methylalkohol an sich nur ein schwach wirkendes Agens, das an Wirkungsstärke von den ihm homologen kohlenstoffreicheren Alkoholen seiner Reihe weit übertroffen wird. Das Gefährliche, das ihm speziell eigen ist, besteht aber in der langsamen Oxydation zu Ameisensäure, die er erleiden kann. Da der Alkohol von bestimmten nervösen Elementen besonders angezogen wird, so spielt sich in diesen jener Prozeß der langsamen Oxydation ab, wodurch sie eine höchst nachteilige und gefährliche Beeinflussung erleiden. Für den Menschen scheint diese Gefahr besonders groß zu sein.

R. L.

Chirurgie (einschl. Urologie).

Dr. **C. Hübscher**, Dozent in Basel: **Zur Verhütung des Muskelschwundes nach Gelenkverletzungen.** (Zentralbl. f. Chir., 1912, No. 5.)

Jeder Mensch vermag mit einiger Uebung seine Muskeln zu kontrahieren, ohne daß eine Gelenkbewegung ausgelöst wird; am leichtesten gelingt es, den Biceps am Oberarm und den Quadriceps am Oberschenkel aus dem Ruhezustand in eine aktive Kontraktion zu versetzen. Lassen wir einen Verletzten im Verbande methodisch alle Stunde eine Anzahl solcher Kontraktionen ausführen, so bleibt der Muskelschwund aus. Diese aktive Gymnastik der Muskeln ohne Gelenkbewegung im Verbande stärkt nicht nur lokal die Muskulatur, sondern sie erhält, was wohl viel wichtiger ist, das gesamte neuromuskuläre Element samt dem Endneuron und den trophischen Bahnen am Leben.

Kr.

Dr. **Max Strauss** (Nürnberg): **Primärer latent verlaufender Speiseröhrenkrebs. Metastase am Schädeldach als Unfallfolge.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Bei einem 40 jährigen Arbeiter, welcher einen ziemlich heftigen Stoß gegen den Kopf erlitten hatte, entwickelte sich nach einiger Zeit ein kleiner schmerzhafter Knoten an der Stelle des Stoßes, weswegen der Pat. dem Verf. zur Operation







Furunkulose: „Ich bin in hohem Grade befriedigt von der tadellosen Wirkung der Antiphlogistine-Umschläge bei Furunkulose.“ .... „Es gibt kein Mittel so glänzender Wirkung gegen Furunkulose wie Ihr Antiphlogistine.“ .... „Ich habe Antiphlogistine in verschiedensten Fällen von Furunkulose angewandt, und ich kann nur sagen, mit recht befriedigendem Erfolg. Vor allem tat es mir gute Dienste bei den so häufigen Fällen von multipler Furunkulose des Nackens, wobei nach Anwendung des Antiphlogistine sehr bald ein Zurückgehen der kleineren entzündlichen Infiltrationen zu beobachten war; für die größeren rate ich vorherige kleine Inzisionen.“

Beingeschwüre: „ . . . Hier sei — der Wichtigkeit des Gegenstandes halber — noch eine äußere Krankheit erwähnt, die zwar keine Kinderkrankheit ist, bei der man jedoch jeden Fortschritt der Therapie mit Freuden begrüßt, ich meine Ulcus cruris. Das typische Krampfader-Unterschenkelgeschwür heilt ganz auffallend schnell bei ambulanter Behandlung mit Antiphlogistine!

Besonders frappiert, wie bald die Haut, die den Ulcusrand umgibt und die oft ein geradezu erschreckendes dermatitisches Aussehen hat, zu einem normalen weißen, zarten Aussehen gelangt. Darnach heilt in kurzer Zeit das Ulcus selbst. Auch bei großen Ulcera war in einem Zeitraum von drei Wochen unter ambulanter Behandlung die Heilung vollendet. In acht Fällen sah ich stets selbst solche Erfolge und durch Nachfrage bei Kollegen, die ich gebeten habe, im Eventualfalle Ulcus cruris nach meinen Angaben zu behandeln, habe ich noch weitere Fälle von Ulcus cruris festgestellt, die ambulant mit Antiphlogistine geheilt wurden.“ Dr. J. Baedeker, A. Med. C. Ztg. 41, 1911

Rheumatismus, Gicht: Patientin von 66 Jahren, leidet lange an schwerer Krankheit. Anfälle von fieberhafter Bronchitis mit starker Beteiligung des Herzens kommen oft wieder, dabei jedesmal Befallensein einiger Gelenke: Ellenbogen, Hand, Knie. Verbände mit Antiphlogistine nehmen in sehr kurzer Zeit alle Schmerzen. Am dritten Tage Haut von normaler Färbung, keine Schwellung. Keine Medikamente, welche die Gicht sonst hätten beeinflussen können.

Hotelier, vor zwei Jahren letzter schwerer Anfall von Podagra des linken Fußes. Als ich gerufen wurde, war Patient schon 2 Tage krank. Nachts kein Schlaf wegen Schmerzen. Fußrücken in der Gegend der Tarso-Metarsal-Gelenke stark geschwollen und gerötet. Antiphlogistineverband. Schmerz nach einigen Stunden weg, schläft gut. Später werden am Talus innen, noch später Gelenke an der Außenseite des Fußes befallen. Antiphlogistineverband jedesmal wieder dieselbe günstige schmerzstillende Wirkung. Kein Medikament.

Oberstabsarzt Dr. Lübbert, Therap. Monatsh. Nov. 1907

Weitere Indikationen:

Neuralgien, speziell Intercostalneuralgie. Ischias. Lanzinierende Schmerzen der Tabes. Drüsen-Entzündungen. Orchitis und Epididymitis. Schwellung und Entzündung nach Salvarsan-Injection. Exsudate und Infiltrationen. «» «» «» «»

 **Ausführliche Literatur an Aerzte franko zur Verfügung.** 

KADE-DENVER Co. m. b. H., BERLIN-WILMERSDORF

Wilhelm Greve, Königl. Hofbuchdruckerei, Berlin SW 68.

Collargol

heilt bei genügender Dosierung und konsequent d rchgeführter Behandlung viele Fälle **schwerster Allgemeininfektionen:**

Pyämie (besonders puerperale),
akuten Gelenkrheumatismus (namentlich gegen Salicyl hartnäckige Formen),
Typhus, Gonokokkensepsis,
Mischinfektionen bei Phthise etc.

Auch zu absolut **reiz-** und **schmerzlosen** Injektionen und Spülungen bei **Cystitis** und **Gonorrhöe.**

Salit

Schnell schmerzstillendes und heilendes Einreibemittel bei **Rheumatosen.** Salit wird unverdünnt von der Haut vertragen.

Proben und Literatur kostenfrei.

Chemische Fabrik von Heyden
Radebeul-Dresden.

Hygiama

in Pulver- & Tablettenform. Letztere gebrauchsfertig

und

Jnfantina

(Dr. Theinhardts lösl. Kindernahrung)

Seit über 20 Jahren best bewährte diätetische Nährpräparate.

Litteratur etc. steht den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Dr. Theinhardt's Nährmittel-Gesellschaft m. b. H.
Stuttgart-Cannstatt.



EUCHININ

Entbittertes Chinin, gleiche Heilwirkung wie Chinin bei **Fiebern, Influenza, Typhus, Keuchhusten, Malaria** und **Neuralgie.**

DYMAL

Ungiftiges, reizloses und sekretbeschränkendes **Trocken-Antiseptikum,** bewährt bei Wunden, Verbrennungen, Hyperidrosis, Intertrigo und anderen Hautkrankheiten, vorzügliches Ersatzmittel für Jodoform, demselben hinsichtlich völliger **Geruchlosigkeit** und **Ungiftigkeit** überlegen.

Ausstellung unserer Fabrikate im **Kaiserin Friedrich-Hause,** Berlin NW. 6, Luisenplatz 2–4

Den Herren Aerzten stellen wir außer Literatur auch Muster zu Verfügung.
Bei der Bestellung wolle man sich auf Anzeige No. 3 beziehen.

Die neuen synthetisch dargestellten Purgantia

haben nach Forschungen der Herren Prof. Dr. Blumenthal der ersten Berl Universitäts-Klinik, Dr. Bergmann, Dr. Marschall, Dr. Frank etc. **unangenehme, ja oft sogar gefährliche Nebenwirkungen.** Welche Laxantia kommen daher für den Arzt in Betracht und eignen sich zu anhaltendem und länger währendem Gebrauch? Nur diejenigen, welche aus pflanzlichen Stoffen bereitet sind, dabei sicher, ausgiebig und schmerzlos wirken.

Die Pil. aperientes Kleewein

sind ein solches Abführmittel, sie bestehen aus: Extr. Cascar. sagrad. rec. par., Extr. Rhei chinens. rec. par aa. 3·0, Podophyllini, Extr. Belladonnae aa 0·50, Pulv. Cascar. sagrad. quant. sat. ut fiant. Pil. Nr. 50, Obduc. c. Sacchar. alb. et fol. argent.

Preis K. 2,— = M. 1,70



1–2 Pillen abends mit Wasser genommen, führen nach ruhig durchschlafener Nacht morgens einen ausgiebigen schmerzlosen Stuhlgang herbei; sie werden deshalb seit 25 Jahren von den Aerzten aller Kulturstaaten bei Stuhlträgheit und deren Folgekrankheiten als das **verläßlichste** Laxans nach obiger Formel oder kurzweg als **Pil. aperientes Kleewein** verschrieben.

Versuchsproben stehen den Herren Aerzten kostenfrei und franko zur Verfügung.

„Adler-Apotheke" des S. E. Kleewein in Krems bei Wien.

BANSIN

a. d. Insel Usedom. Eisenbahnstat. Schönstes aller Ostseebäder, direkt am Strande und herrlichem Wald. Ungezwungenes Badeleben. — Kein Toilettenluxus, dabei beste Gesellschaft. Breiter steinfreier Strand ohne Tang. — Mäßige Preise, niedrige Kurtaxe. — Prospekte frei durch **die Badedirektion.**

H. O. Opels Kinder Nähr-Zwieback

Kalkphosphathaltiges Nährmittel
bessert die Ernährung, speziell indiziert bei **Unterernährung, Rhachitis, Knochenerkrankungen, Drüsen** und **Skrofulose.**

Kinderbiskuit „Haima"

Blut- und knochenbildend.
Für die ersten Kauversuche, Indiziert bei allen Arten von Unterernährung, Blutarmut und englischer Krankheit.
Literatur und Proben gern zu Diensten.
Zu haben in den meisten Apotheken und Drogerien, sonst durch

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstr. 54

Dr. Trainer's Yoghurt

Dr. Trainer's
Yoghurt-Tabletten, fertig zum Genuß, M. 1,75 und M. 3,— } aus Reinkulturen
Yoghurt-Maya-Ferment zur Herstellg. v. Yoghurt, M. 3,—, reichend für 30 Port. à ½ Ltr.
Kefyr-Pastillen zur Bereitung von Kefyr, M. 2,— und M. 1,—.
Dieselben mit Eisen M. 2,—, mit Arsen, Arseneisen, Jodkali, Kreosotal, Guajacol, Nährsalzen M. 3,—.
Garantierte Fermentationskraft 1:1000.
Man verl. kostenfr. d. krit. Zusammenstellg. d. neuest. Literaturbeiträge.

Dr. Trainer's Kefyr

Laboratorium für Therapie, G. m. b. H., Dresden.

Die Bor- u. Lithium-hältige natürliche eisenfreie Heilquelle

SALVATOR

bewährt sich vortrefflich bei **Nieren-** und **Blasenleiden, Harngries, Harnbeschwerden, Rheuma, Gicht, Zuckerharnruhr, Scharlach,** sowie bei **Catarrhen** der **Athmungs-** und **Verdauungsorgane.**

HARNTREIBENDE WIRKUNG! LEICHT VERDAULICH! ABSOLUT REIN!

Käuflich in Mineralwasserhandlungen u. Apotheken. **August Schultes** Szinye-Lipóczer Salvatorquellen-Unternehmung Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

überwiesen wurde. Bei der Untersuchung zeigte der Verletzte schlechtes, fast kachektisches Aussehen, geringes Fettpolster. Drüsenschwellungen fehlten. Temp. 36,9 °. Innere Organe ohne krankhaften Befund. Nur die Anamnese ergab, daß der Pat. vor einem halben Jahre wegen eines chronischen Magengeschwürs längere Zeit arbeitsunfähig gewesen war. An der rechten Kopfseite fand sich oberhalb der Stirnhaargrenze, nahe der Mittellinie, unter unveränderter Haut, eine halbnußgroße halbkugelige Geschwulst von weicher, elastischer Konsistenz, auf Druck nicht besonders empfindlich, die sich nicht von der mit hartem, scharfem Rand abgrenzbaren Unterlage verschieben ließ. Es wurde ein periostales Hämatom angenommen. Bei der Inzision fand sich ein solider, weicher, vom Periost ausgehender Tumor, dessen Schnittfläche einen sarkomartigen Eindruck machte und der daher weit im Gesunden exstirpiert wurde. Naht der Wunde. Heilung per primam. Die histologische Untersuchung der exzidierten Geschwulst ergab einen epithelialen Tumor, der bei seiner Lokalisation als ein metastatischer, sekundärer aufgefaßt wurde. Im weiteren Verlaufe kam es nach acht Wochen zum Erbrechen kaffeesatzartiger Massen und Blutabgang im Stuhl. Der Patient starb nach weiteren 9 Tagen unter den Erscheinungen zunehmender Entkräftung. Die Autopsie ergab einen Speiseröhrenkrebs in der Mitte der Speiseröhre, der zirkulär die ganze Schleimhaut in einer Längsausdehnung von 10 cm geschwürig zerstört hatte und zu einer Perforation in das rechte Mediastinum führte. Die rechte Lunge war mit der Speiseröhre verwachsen. Magen und sonstige Organe fanden sich frei von Krebsmetastasen, bis auf die bereits operierte Schädelmetastase, die rezidivierend den Schädelknochen perforiert und zu einer der Dura aufsitzenden Metastase geführt hatte. Es handelte sich hier also um einen völlig latenten Oesophaguskrebs, der im Anschluß an einen Unfall zu einer Metastase am Schädel geführt hatte. Der Tod ist nicht durch die Metastase, sondern durch den primären Tumor herbeigeführt. Die hier als Unfallfolge aufgetretene Metastase im Schädelperiost ist sehr selten; Verf. fand keinen analogen Fall in der Literatur. R. L.

Dr. **Hinz** (Groß-Lichterfelde bei Berlin): **Beiträge zur Pankreaschirurgie.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Verf. berichtet aus der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses in Groß-Lichterfelde (Leiter: Prof. Dr. Riese) über einige Fälle aus der Pankreaschirurgie, und zwar 6 Fälle von akuter Pankreatitis, 1 Fall von Ileus mit sekundärer Pankreasnekrose, 1 Fall von Quetschung des Pankreas, 2 Fälle von Pankreascyste, 2 Fälle von Pankreascarcinom. Was die Fälle von akuter Pankreatitis anlangt, so handelte es sich 5 mal um Frauen im Alter von 22—67 Jahren, 1 mal um einen 34 jährigen Mann. Bei sämtlichen Patienten lag starke Fettleibigkeit vor. Von den 6 Fällen wurden 3 sofort nach der Einlieferung in das Krankenhaus operiert, die anderen 3 erst 2—3 Tage später. Diese letzteren 3 starben alle, von den 3 ersteren wurden 2 durch die Operation gerettet; in dem dritten Falle, der tödlich endigte, war die Nekrose im Pankreaskopf bereits sehr weit vorgeschritten. Jedenfalls sind die Aussichten auf Heilung durch die Operation um so besser, je frühzeitiger operiert wird. Am zweckmäßigsten ist hierbei die Laparotomie in der Mittellinie des Oberbauchs. — Der Fall von Pankreasnekrose nach Ileusoperation endete letal. Hier wurde der Sachverhalt erst durch die Sektion aufgeklärt. Der Fall von Pankreasquetschung betraf ein 17 jähriges Mädchen, welches überfahren worden war. Es fanden sich bei der Eröffnung der Bauchhöhle Fettgewebsnekrosen und etwas Pankreassekret in der Bursa omentalis; ein Riß des Pankreas war nicht aufzufinden, aber sicher vorhanden. Die Patientin wurde durch die Operation geheilt. In den beiden Fällen von Pankreascyste handelte es sich um Pseudocysten, die nach Anfällen von akuter Pankreatitis entstanden waren. Beide Patienten wurden durch die Operation geheilt; die zunächst zurückbleibenden Pankreasfisteln schlossen sich nach einiger Zeit. Die beiden zur Beobachtung gekommenen Pankreascarcinome erwiesen sich bei der Operation als bereits inoperabel. R. L.

Dr. **Hans Wildbolz**, Privatdozent (Bern): **Ueber Deflorationspyelitis.** (Korrespondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte, 1912, No. 1.)

Verf. macht auf eine Form der Pyelitis aufmerksam, die, wie die Graviditätspyelitis, mit einer bestimmten Phase des weiblichen Geschlechtslebens in engem Zusammenhange steht. Das ätiologische Moment der Pyelitis in einer Infektion der Hymenalrisse zu suchen, nahm man bis jetzt selten Anlaß. Verf. fand in der Literatur nur von Rovsing drei Fälle erwähnt, in denen Hymenalrisse als Ausgangspunkt einer Colipyelitis erkannt wurden. Auf den Zusammenhang zwischen Defloration und Pyelitis wurde W. aufmerksam gemacht durch die Beobachtung von drei Fällen akuter Pyelitis bei frisch verheirateten, früher von ihm wegen Tuberkulose nephrektomierten Frauen. Bei diesen Kranken waren die Harnorgane seit der Operation stets genau überwacht worden und die Heirat wurde erst erlaubt, als sich der Urin dauernd als normal und keimfrei erwiesen hatte. Die gleich nach der Heirat auftretenden Symptome der Pyelitis erweckten natürlich trotzdem vorerst den Gedanken an ein Rezidiv der Tuberkulose, ausgehend von einem latenten Tuberkuloseherd der Harnorgane. Jedesmal aber erwies die genaue bakteriologische Untersuchung, gleich wie der klinische Verlauf, die Grundlosigkeit dieses Verdachtes. Immer handelte es sich um eine reine Coliinfektion der Blase und des Nierenbeckens, die nach kürzerer oder längerer Zeit zu vollkommener Heilung kam. Von den Ehemännern dieser Kranken litt keiner an Urethritis.

Dasselbe Krankheitsbild, akute Pyelitis kurz nach der Defloration, beobachtete Verf. im Laufe der letzten Jahre auch bei fünf anderen Frauen, die bis zu ihrer Verheiratung nie unter Harnbeschwerden gelitten hatten. Mit Ausnahme eines einzigen Falles, bei dem die Infektion durch einen nicht näher bestimmten grampositiven Diplococcus bedingt schien, fanden sich im eitrigen Urin dieser Kranken immer Colibakterien in Reinkultur. Gonorrhoische Infektion war jedesmal mit Sicherheit auszuschließen; keiner der Gatten litt an Urethritis. Bei drei der Patientinnen, die cystoskopisch untersucht werden konnten, zeigte die Blasenschleimhaut nur im Bereiche des Trigonums eine Mitbeteiligung an dem Entzündungsprozesse. Die Pyelitis war immer einseitig. Einen sicheren Beweis dafür, daß in diesen Fällen von Pyelitis die Eingangspforte der Infektion in den Hymenalrissen lag, kann Verf. nicht erbringen. Aber das wiederholte Zusammentreffen von Pyelitis mit der Defloration ließ ihn bei Mangel eines anderen erkennbaren ätiologischen Momentes einen Kausalnexus zwischen Hymenläsion und Pyelitis doch für sehr wahrscheinlich halten.

Die Kenntnis eines Zusammenhanges zwischen Defloration und Pyelitis hat nicht nur theoretisches Interesse, sondern auch praktischen Wert. Sie wird uns davon abhalten, bei akuter Infektion der Harnwege einer Neuvermählten trotz Fehlens der Gonokokken stets in erster Linie an eine gonorrhoische Infektion zu denken, wie dies bis jetzt meist geschah. Wir werden uns dann auch nicht mehr in Hinsicht auf die vermutete Gonorrhoe bei diesen Infektionen auf eine abwartende Therapie beschränken, sondern gleich eine energische Lokalbehandlung einleiten, wenn interne Harnantiseptica nicht sehr rasch die Infektion zu unterdrücken vermögen. Die Kenntnis der Deflorationspyelitis wird uns ferner dazu veranlassen, auch den scheinbar unbedeutenden Cystitissymptomen frisch verheirateter Frauen mehr Beachtung zu schenken als bisher und ihre Behandlung nicht auszusetzen, bis wir Keimfreiheit des Harns erzielt haben. Denn der Gedanke liegt nahe, daß die Pyelitis gravidarum, welche vorzugsweise in der ersten Gravidität sich einstellt, sehr häufig ihren Ursprung nimmt in einer bei der Defloration erfolgten Coliinfektion der Harnwege. Kr.

Dr. **Simon Lederer**, Stadtarzt in Asch: **Ein Fall von Harnretention infolge Hypertrophie der Prostata, mit nachfolgender Punctio vesicae suprapubica.** (Prager medizin. Wochenschrift, 1911, No. 52.)

Während seiner 53 jährigen Praxis hatte Verf. dreimal Gelegenheit, den Blasenstich aus Indicatio vitalis auszuführen. Der letzte, hier beschriebene Fall betraf einen Greis von 72 Jahren. Die Punctio vesicae, welche bei allen drei Fällen lebensrettend wirkte, sollte nach Verfassers Ansicht in den Fällen von erschwertem Katheterismus, der lange fortgesetzt werden muß, sobald als möglich ausgeführt werden, um Komplikationen von seiten der Harnblase (Cystitis) zu vermeiden. Wenn durch die Punktion die Verhältnisse sich dann gemildert haben und noch subjektive Beschwerden von seiten der Prostata fortbestehen, die dem Kranken das Leben unerträglich gestalten, kann jeder geeignete Fall der Ausführung der Prostatektomie überwiesen werden. Die Punctio vesicae soll womöglich in halb sitzender Stellung ausgeführt werden. Um ein Abweichen der Blase von der Kanüle zu vermeiden, soll der Kranke mehrere Tage ruhige Rückenlage einhalten, bis sich Adhäsionen gebildet haben. Zur Anästhesierung der gut desinfizierten Einstichstelle wurde Chloräthyl bis zur starken Vereisung mit sehr gutem Erfolge, als Instrument ein gekrümmter Troikart (Fleurant) verwendet. Kr.

Allgemeine Pathologie.

G. Ascoli und **T. Legnani** (Pavia): **Die Folgen der Exstirpation der Hypophyse.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Die Verfasser haben bei Hunden die Hypophyse exstirpiert, um die Folgen des Mangels der Hypophyse zu studieren. In einer ersten Versuchsreihe wurde das Organ auf pharyngealem Wege, durch den Keilbeinkörper hindurch, entfernt; in der Folge wurde die Exstirpation auf temporo-parietalem Wege durch weite Knochen- und Duralbresche unter Lüftung des Schläfenlappens durchgeführt. Das Operationstrauma ist meist überraschend gering. Es wurden möglichst ganz junge Tiere operiert, um Kontrolltiere desselben Wurfes zu haben. Die Abtragung der Hypophyse hat fast regelmäßig binnen 2 bis 3 Tagen den Tod zur Folge. In einzelnen Fällen bleibt aber

nach gelungener Operation der tödliche Ausgang aus. Dann kommt es zur Ausbildung eines auffallenden Symptomenkomplexes. Das Wachstum der Tiere erfährt eine plötzliche vollständige Hemmung; die Ossifikation wie die Dentition sind verzögert, die Knochen der operierten Tiere bleiben schwächer und kleiner als die der Kontrolltiere; die Tiere sind außerdem im ganzen mißgestaltet; z. T. bieten sie das ausgesprochene Bild der Fettsucht dar. Ferner hemmt die Entfernung der Hypophyse die geschlechtliche Reife, endlich ruft sie tiefgehende Veränderungen in den Drüsen mit innerer Sekretion (Milz, Thymus, Nebenniere, Schilddrüse) hervor. R. L.

Hygiene.

Generalarzt Prof. Dr. **Schumburg** (Hannover): **Ueber die keimtötende Kraft des Alkohols.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Verf. hat schon vor 7 Jahren darauf hingewiesen, daß der absolute Alkohol resp. der denaturierte Spiritus imstande sind, in 3—5 Minuten die Hände des Chirurgen von 99,9 pCt. der an ihnen haftenden Keime zu befreien, und zwar ohne vorhergehende Seifenwaschung. Diese Wirkung beruht, wie Verf. jetzt meint, auf einer tatsächlichen Abtötung der auf der Haut der Hände befindlichen Bakterien. In neuen, auf Veranlassung des Verf. angestellten Versuchen hat sich ergeben, daß in absoluten Alkohol in Aufschwemmung gebrachte Bakterien fast augenblicklich vernichtet werden; und zwar erwies sich die keimtötende Kraft des absoluten Alkohols ebenso hoch oder noch höher (gegenüber den Keimen von Cholera und Typhus sowie Staphylokokken) als 1 prom. Sublimatlösung. Offenbar werden die Bakterien durch die wasseranziehende und eiweißfällende Kraft des absoluten Alkohols vernichtet. Demnach ist der absolute Alkohol resp. der denaturierte Spiritus ein hervorragendes Desinfektionsmittel für die Hände und die Haut überhaupt.

Prof. Dr. **Karl Zieler** (Würzburg): **Ueber die persönliche Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 8.)

In diesem klinischen Vortrage, der an sich nichts Neues enthält, bespricht Verf. u. a. auch die verschiedenen medikamentösen Hilfsmittel zur persönlichen Verhütung der geschlechtlichen Infektion. Zur Verhütung der Gonorrhoe wird die Einträufelung von Silberpräparaten (2 proz. Arg. nitric., 10- bis 20 proz. Protargol etc.) in den Anfangsteil der Harnröhre sofort nach dem Coitus empfohlen; hierzu sind von Blokusewski u. a. Tropfapparate angegeben worden. Selbst einige Stunden nach dem Coitus sind diese Einträufelungen oft noch wirksam. Zur Verhütung der Syphilis wird die gründliche Einreibung der Haut der Geschlechtsteile und ihrer Umgebung (vor dem Coitus) mit sublimathaltigen Präparaten von Salbenkonsistenz empfohlen; vor allem ist die von der Chemischen Fabrik vorm. Dr. H. Byk (Charlottenburg) in den Handel gebrachte Neisser-Siebertsche Desinfektionssalbe zu nennen; sie hat folgende Zusammensetzung:

Hydrargyr. bichlorat. corros.	0,3
Natr. chlorat.	1,0
Traganth.	2,0
Amyl.	4,0
Gelatin.	0,7
Alkohol.	25,0
Glyzerin	17,0
Aq. destill.	100,0

Auch das sorgfältige Abreiben mit Sublimatlösung (1:1000) nach vorheriger Seifenwaschung scheint die Ansteckungsgefahr sehr herabzusetzen; desgl. Einreiben des Gliedes in mit Sublimat-Alkohollösung getränktem Wattebausch ½ Stunde und länger nach dem Coitus. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **V. Chlumsky**, Universitätsprofessor in Krakau: **Eine neue Behandlungsmethode von schweren rheumatischen Erkrankungen.** (Zentralbl. f. innere Medizin, 1912, No. 10.)

Verf. hat in schwersten, oft mit Angina und hohem Fieber einhergehenden Fällen von rheumatischen Gelenk- und Muskelerkrankungen, die so ziemlich allen bekannten Mitteln trotzen, mit außerordentlich günstigem Erfolg das sog. Kampfenol angewendet, das ihm bei Hunderten von Erysipelfällen seit Jahren außerordentlich gute Dienste geleistet hat. Er beschreibt drei Fälle von schwersten rheumatischen Leiden, in denen dieses Mittel, das in Form von Umschlägen appliziert wird, in kürzester Zeit ein Nachlassen der Schmerzen, der Schwellungen und Temperaturabfall bewirkte.

Das Kampfenol, das Verf. schon vor ca. 12 Jahren im „Zentralbl. für Chirurgie" gegen Erysipelas und zur Reinigung der infizierten Wunde empfahl, ist eine Mischung von zwei Teilen Kampfer (Camphora trita) und einem Teil Karbolsäure (Acidum carbol. puriss.), wozu noch einige Tropfen von reinem Spiritus beigemischt sind (etwa 5 g auf 100 g der Mischung). Auf diese Weise entsteht eine klare, wasserhelle, ölige Flüssigkeit, die eigentlich eine neue Verbindung darstellt — und vor allem nicht ätzt. Die Flüssigkeit wird erst bei einer sehr niedrigen Temperatur fest, riecht nach Kampfer und ist in Wasser nur in einem unbedeutenden Grade löslich. Auf die Hand gegossen, ätzt sie nicht, verursacht hier überhaupt keine unangenehmen Gefühle. Nur auf zarter Haut verspürt man leichtes Brennen. Verf. gießt die Flüssigkeit sehr oft in ältere Wunden, eiternde Fisteln, ohne daß die Patienten über Schmerzen klagen. Sie wirkt außerordentlich stark antiseptisch und scheint dabei nur wenig giftig zu sein. Nach Umschlägen mit Kampfenol hat Chl. nur selten andere Veränderungen gesehen, als Abschuppen der ohnehin kranken Haut. In einigen Fällen hat es aber doch — besonders, wenn es hermetisch abgeschlossen war und nicht gut verdunsten konnte — kleine Blasen verursacht.

Verf. macht die Verbände in der Weise, daß er bei leichten Infektionen (Lymphangitiden, Panaritien) die kranke Stelle nur leicht mit Kampfenol bestreicht und dann einen einfachen Watteverband anlegt. Bei schwer infizierten Wunden und bei Erysipelas taucht er Stücke Watte in Kampfenol und legt sie direkt auf die Wunde oder auf die infizierte Haut, und erst darüber kommt ein trockener, eventuell auch feuchter Watteverband, aber ohne Battistemballage. Bei Erysipelas wirkt dieses Mittel fast spezifisch. Kr.

Dr. **F. Jödicke** (Stettin): **Ueber Zebromal, ein neues Antiepilepticum.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Von der chemischen Fabrik Merck in Darmstadt wird seit kurzem ein neues Ersatzpräparat für die Bromalkalien, das Zebromal, in den Handel gebracht. Seiner chemischen Natur nach ist es ein Dibromzimmtsäureäthylester und in Wasser unlöslich, dagegen in Alkohol, Aether und Chloroform leicht löslich. Zebromal enthält 48 pCt. Brom und bewirkt die gleiche Bromanreicherung bezw. Chlorverarmung im Blute wie Bromnatrium, ohne schädliche Nebenwirkungen zu entfalten. Das Zebromal kommt in Form von Tabletten in den Handel und hat einen nicht unangenehmen Nachgeschmack nach Zimmtester. Verf. stellte mit dem Zebromal Versuche an den Insassen der Kückenmühler Anstalten in Stettin an, in denen meist schwere Fälle von Epilepsie untergebracht sind, deren Beobachtung für die Beurteilung eines neuen Epilepsiemittels geeigneter ist als solche leichter Fälle. Im ganzen bekamen 21 Epileptiker 1—6 Monate hintereinander das Mittel, ausschließlich nach den Mahlzeiten. Anfangs wurden 3 Tabletten à 1 g Zebromal pro die gegeben; dies reichte aber für einen therapeutischen Effekt bei den schweren Fällen, die vorher 3 g Bromnatrium bekommen hatten, nicht aus. Dagegen wurden später mit 4—5 Tabletten pro Tag stets befriedigende Resultate erzielt. Die Krampfattacken einiger Patienten traten darnach sogar seltener auf als bei der früheren Therapie. Irgendwelche schädliche Beeinflussung der Herztätigkeit oder der Verdauungsorgane wurde in keinem Falle festgestellt. Meistens ging mit der Abnahme der Konvulsionen eine Zunahme des Körpergewichts und eine Besserung des psychischen Befindens einher. Bei einigen Kranken mit wochen- oder monatelangen Remissionen leisteten schon tägliche Gaben von 2—3 Tabletten gute Dienste. In Fällen von schwerem Bromismus, in denen eine allmähliche Bromentziehung indiziert ist, leistet das Zebromal ausgezeichnete Dienste. Nach sukzessiver Verabreichung von 6—1 Tabletten täglich heilten bei einer ganzen Reihe von Kranken die lästigen, unangenehmen Hautaffektionen vollständig ab. — Zusammenfassend empfiehlt Verf. zur Erreichung einer krampfherabsetzenden Wirkung für leichteste Fälle von Epilepsie mit Monate oder Jahre dauernden Anfallspausen 1—2 Tabletten pro Tag, für leichtere Grade mit nur wöchentlichen Krämpfen 3—4 Tabletten, während für die Fälle mit wöchentlich mehreren Konvulsionen erst mit täglichen Gaben von 4—7 Tabletten eine günstige Beeinflussung der Krankheit erhofft werden kann. Dagegen ist für die Patienten, deren Krampfparoxysmen jeden Tag schwer und zahlreich auftreten, die Behandlung mit den Bromalkalien nach wie vor die beste, schon weil diese Patienten häufig gar nicht in der Lage sind, Tabletten zu gebrauchen.

Dr. **Max Baer** (Frankfurt a. M.): **Ueber Veronazetin, ein aus mehreren Komponenten zusammengesetztes Hypnoticum und Sedativum.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Das Veronazetin ist ein auf v. Noordens Anregung zusammengestelltes Hypnoticum und Sedativum in Tablettenform. Zwei Tabletten enthalten:

Natrium diaethylbarbituric.	0,3
Phenacetin	0,25
Codein. phosphoric.	0,025

Das Präparat besteht also aus Veronalnatrium, Phenacetin und Codein. Verf. prüfte die therapeutische Wirkung des Vero-

nazetins an 23 männlichen Patienten des Frankfurter Siechenhauses. Das Mittel wurde angewandt bei einfacher Schlaflosigkeit, bei leichteren und stärkeren Erregungszuständen, wie sie z. B. bei Epilepsie vorkommen, bei den starken motorischen Erregungen der arteriosklerotischen Demenz und des Seniums, sowie bei durch Schmerzen verursachter Schlaflosigkeit. Recht gut war der Erfolg bei einem Patienten mit rheumatischer Polyarthritis; zum Teil wirkte das Mittel bei Schlaflosigkeit wegen tabischer Krisen. Durchaus befriedigend war die Wirkung bei solchen Kranken, die wegen Schmerzen bei Herzleiden, Oppression und asthmatischer Beschwerden schlaflos waren. Bei einem Falle mittelschwerer epileptischer Erregung trat nach 1 bis 2 Tabletten völlige Beruhigung ein. Bei Patienten mit arteriosklerotischer Demenz und bei erregten Senilen wurden 2 bis 4 Tabletten gegeben. Bei 2 Tabletten zeigte sich oft keine Wirkung, dagegen genügten meist 3 Tabletten zur Beruhigung; wo dies nicht der Fall war, erreichten 4 Tabletten den gewünschten Erfolg. In allen Fällen erfolgreich erwies sich Veronazetin bei einfacher Schlaflosigkeit ohne erkennbare Ursache. Hier genügte meist schon eine Tablette Veronazetin. um Schlaf herbeizuführen. Schädliche oder unangenhme Nebenwirkungen, wie Kopfschmerzen etc., wurden in keinem Falle beobachtet. Die Patienten erhielten das Schlafmittel gewöhnlich mit etwas Wasser abends gegen 8 Uhr; die Wirkung trat durchschnittlich nach 2—3 Stunden ein. Als Sedativum — 1—2 Tabletten — wurde Veronazetin früh morgens gegeben: eine besondere Rücksichtnahme, ob vor oder nach der Mahlzeit, erscheint nicht erforderlich. (200 Tabletten Veronazetin kosten 16 M.; Hersteller: Dr. R. und Dr. O Weil, Frankfurt a. M.)

Dr. **Julius Kretschmer** (Berlin): **Zur Kenntnis der Hormonalwirkung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Wie Verf. berichtet, wurden in der Privatklinik von Prof. Albu mit dem Hormonal bei chronischer Obstipation in einem Teil der Fälle teils dauernde, teils vorübergehende Erfolge erzielt, während das Mittel in etwa der Hälfte der Fälle versagte. Von Nebenwirkungen traten bisher nur Temperatursteigerungen und Kopfschmerzen auf, jedoch nicht immer. Nur in einem Falle trat ein ernster Zwischenfall ein. Es handelte sich um eine 32jährige Patientin, die, nachdem sie einen katarrhalischen Ikterus überstanden hatte, auf ihren eigenen Wunsch eine intravenöse Hormonalinjektion bekam, da sie seit ihrer Pubertät an schwerer chronischer Obstipation litt, die bisher ohne dauernden Erfolg mit allen möglichen Mitteln bekämpft worden war. Aber kaum war die Injektion angefangen worden, da bekam die Pat. einen derartig schweren Kollaps, daß der Exitus einzutreten schien. Erst nach drei Stunden, nach Anwendung aller möglichen Exzitantien, wie Coffein, Adrenalin-Kochsalzinfusion, hatte die Patientin den Kollaps soweit überstanden, daß eine unmittelbare Lebensgefahr nicht mehr bestand. Die Temperatur stieg am Abend bis 37,9°. In wenigen Tagen konnte die Patientin dann die Klinik verlassen. Verf. glaubt eine Luftembolie mit Sicherheit ausschließen zu können und führt den Kollaps auf die durch das Hormonal bedingte Blutdrucksenkung zurück. R. L.

Prof. **Umber** (Charlottenburg): **Atropinbehandlung der Phosphaturie.** (Die Therapie der Gegenwart, März 1912.)

Welche Ursachen auch die pathologische Phosphaturie haben möge, das eine steht jedenfalls außer allem Zweifel, daß nicht etwa abnorm gesteigerte Phosphorsäuremengen des Harns das Zustandekommen von Phosphattrübungen bedingen, sondern vielmehr der im Verhältnis zur Phosphatsäure zu hohe Gehalt an Erdalkalien, vorzugsweise Kalk sowie Magnesia, neben zu geringer Acidität des Harns. Die leitenden Gesichtspunkte in der Therapie der Phosphaturie müssen also diese beiden Faktoren berücksichtigen. Die Kalkzufuhr muß auch in der Diätvorschrift möglichst beschränkt werden. Verf. hat nun mit Atropin in einer Reihe von hartnäckigen, seit Jahren bestehenden Phosphatdiathesen, bei welchen der milchig getrübte Harn Gegenstand vergeblicher therapeutischer Bestrebungen gewesen war, so günstige Resultate erzielt, daß er auf diese Medikation hinweisen möchte. Durch die Atropinkur wird die Acidität im Harn erhöht, und vermutlich auch die Kalkresorption im Magen und damit wohl die Kalkausfuhr im Harn verringert. Damit tragen wir aber den beiden wichtigen, eingangs erwähnten Postulaten in der Therapie der Phosphatdiathese Rechnung, welcher Provenienz sie auch seien. Daneben wird man neben roborierender Allgemeinbehandlung diätetisch noch dafür zu sorgen haben, daß die Kalkzufuhr in der Nahrung in möglichst bescheidener Grenze bleibe. Sie soll aus diesem Grunde Fleisch, Käse, Cerealien, Brot, Hülsenfrüchte bevorzugen, Fruchtbeeren, Kartoffeln, Wurzeln, grüne Gemüse beschränken, die kalkreiche Milch, die bekanntlich prozentisch mehr Kalk enthält als Kalkwasser, sowie die Eier gänzlich ausschalten.

Verf. pflegt aus Rücksicht auf etwaige Atropinüberempfindlichkeit mit kleinen Dosen, ½ mg pro Tag, zu beginnen, um dann im Laufe weniger Tage womöglich auf 3 mg Atropin pro Tag, jedesmal 1 mg nach der Mahlzeit anzusteigen. Verf. bevorzugt eine wässerige Lösung von Atropinum sulfuricum ($^{0{,}01}/_{10{,}0}$), die in Tropfenform — 10 resp. 20 Tropfen pro dosi nach der Mahlzeit — gereicht wird, es sei denn, daß aus äußeren Bequemlichkeitsgründen die Pillenform (à ½ mg) beliebt wird. Gleich im Beginn der Atropindarreichung oder auch mit ansteigerder Dosis pflegt die Phosphaturie zu verschwinden. Verf. läßt dann 14 Tage lang die erreichte höchste Dosis dreimal täglich im Anschluß an die Mahlzeiten weiternehmen, um dann in den Gaben allmählich wieder abzusinken, So zieht sich die Atropinkur über 3 bis 4 Wochen hin. Während dieser Zeit pflegt der Urin Phosphattrübungen in der Regel nicht mehr aufzuweisen. Von Zeit zu Zeit kann diese Kur in derselben Weise wiederholt werden, wenn die Diathese sich wieder bemerkbar machen sollte. Kr.

Prof. **Bettmann** und Privatdozent Dr. **Laubenheimer** (Heidelberg): **Ueber die Wirkung des Salvarsans auf den Milzbrand.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 8.)

B. berichtet zunächst über zwei Patienten, die sich von einer milzbrandkranken Kuh, die geschlachtet worden war, am Vorderarm resp. an den Fingern infiziert hatten; es handelte sich um lokalisierten Milzbrand, keine Temperaturerhöhung. Beide Patienten erhielten zunächst 0,3 g Salvarsan intravenös und nach vier Tagen noch einmal je 0,4 g Salvarsan intravenös. Man hatte in beiden Fällen den Eindruck eines auffällig schnellen Rückgangs der Erkrankung, der allerdings erst etwa 40 Stunden nach der ersten Salvarsaninjektion unverkennbar war; 19 Stunden nach der Injektion waren noch Milzbrandbacillen in den Karbunkeln beider Patienten nachweisbar. Einen Tag nach der zweiten Injektion waren bei beiden Patienten keine Milzbrandbacillen mehr zu finden; es trat dann ziemlich langsam völlige Heilung ein. — L. untersuchte in Tierversuchen die Wirkung des Salvarsans auf die experimentelle Milzbrandinfektion. Als Versuchstiere dienten meist Meerschweinchen, da diese Tiere für Milzbrand hochempfindlich sind und eine spontane Heilung nicht vorkommt, falls die Infektion mit virulentem Material erfolgt. Als Impfstoff dienten Milzbrandsporenfäden, Agarkulturen, die nur noch Sporen enthielten, und sporenfreie Bouillonkulturen. Die Impfung erfolgte in allen Fällen subkutan. Das Salvarsan wurde stets in alkalischer Lösung subkutan injiziert in Dosen von 0.1 g pro Kilogramm Körpergewicht. Die Injektion des Salvarsans schloß sich entweder bald, d. h. bis zu 20 Minuten, an die Infektion an, oder sie erfolgte 6, 16 und 22 Stunden später unter die Haut der der Impfstelle entgegengesetzten Bauchseite, nur bei einer Versuchsreihe unter die Rückenhaut. Die Ergebnisse der Versuche waren folgende: Von den Tieren, die bis 20 Minuten nach der Infektion mit Salvarsan behandelt wurden, starb nur eines an Milzbrand, und auch dieses erst 22 Tage nach der Infektion und 20 Tage später als das Kontrolltier. Alle anderen Tiere, die bis 20 Minuten nach der Infektion Salvarsan injiziert erhielten, blieben entweder dauernd gesund, oder der Tod erfolgte aus anderen Ursachen. Aber auch noch 6 Stunden nach der Infektion konnten bei einem Teil der Tiere durch die Salvarsaninjektion die in den Körper eingeführten Milzbrandkeime vollständig abgetötet werden. Wurde mit der Salvarsanbehandlung noch später, 16—22 Stunden nach der Infektion, begonnen, so war der tödliche Ausgang nicht mehr zu verhindern. Aber auch in diesen Fällen starben die mit Salvarsan behandelten Tiere zumeist später als die unbehandelten Kontrolltiere. Nach den bisherigen Versuchen scheint das Salvarsan im Sinne eines Desinfektionsmittels die Entwicklung der Erreger zu hemmen oder sie direkt abzutöten. In einigen Versuchen wirkte Salvarsan auch im Reagenzglas sehr stark entwicklungshemmend auf Milzbrandkeime. Die Tiere, die infolge einer Salvarsaninjektion die Infektion überstanden hatten, waren nicht immun gegen eine spätere Milzbrandinfektion; auch in dem Serum eines Meerschweinchens, bei dem durch Salvarsan die eingeführten Milzbrandkeime abgetötet waren ließen sich keine spezifischen Schutzstoffe nachweisen.

Dr. med. **Gerhard Schwaer** (Dresden): **Ueber die Einwirkung des Salvarsans auf die zelligen Elemente des Blutes** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Bei der Behandlung der Leukämie und der Anämie wurden bisher im allgemeinen keine Erfolge mit Salvarsan erzielt. Um überhaupt die Wirkung des Salvarsans auf das Blut festzustellen, muß man zunächst bei Fällen mit normalem Blutbild die Einwirkung des Salvarsans auf die Beschaffenheit des Blutes studieren. Verf. untersuchte deshalb bei 24 Patienten, die meist wegen luetischer Prozesse mit positiver Wassermannscher Reaktion intravenöse Salvarsaninjektionen bekamen, dabei aber ein normales Blutbild aufwiesen, das Blut vor und nach der Injektion und fand dabei folgende Ergebnisse: Der Hämoglobingehalt des Blutes (nach Sahli gemessen) blieb in der Mehrzahl der Fälle nach der Injektion derselbe oder ging zurück; nur in wenigen Fällen zeigten sich geringe Steigerungen; größer als 5 bis 10 pCt. waren die Schwankungen nach der einen oder anderen Seite niemals.

Die Zahl der Erythrocyten ging in der Mehrzahl der Fälle etwas zurück; in einer Minderzahl trat eine Vermehrung ein. Auch die Gesamtzahl der Leukocyten verminderte sich bald, bald zeigte sie eine Vermehrung. Etwas anders verhält es sich mit den Mischungsverhältnissen. In fast ¾ aller Fälle stiegen nach der Injektion die Werte für die neutrophilen Polymorphkernigen, während dafür kompensatorisch die Zahl der Lymphocyten abfiel. Die übrigen Leukocytenarten zeigten keine bestimmten Veränderungen in der Zahl, weder nach der einen noch der anderen Richtung. Was nun den Einfluß des Salvarsans bei Anämien anlangt, so berichtet Verf. über 6 Fälle, in denen das Salvarsan ohne nennenswerten Nutzen injiziert wurde, ferner über 3 Fälle von Leukämie, in denen nach Salvarsaninjektion die Leukocytenzahl sogar zunahm.

Dr. **Voss** (Halle a. S.): **Beitrag zur Abortivbehandlung der primären Lues.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Verf. tritt auf Grund seiner Erfahrungen für die Abortivbehandlung der Syphilis im primären Stadium ein. Wenn die Wassermannsche Reaktion noch negativ ist, so ist zunächst der Primäraffekt, wenn der Sitz es erlaubt, zu exzidieren; wo dies nicht möglich ist, ist er mit dem Holländerschen Heißluftbrenner oder wenigstens mit dem Paquelin zu zerstören. Wenn man auch nach Neisser annehmen muß, daß schon zu einer Zeit, in der sich der Primäraffekt noch gar nicht klinisch äußert, Spirochäten im Kreislauf sind, so sieht Verf. doch in der Initialsklerose den Anreicherungsherd der Spirochäten, deshalb ist sie nach Möglichkeit unschädlich zu machen. Außerdem empfiehlt Verf. energische Frühbehandlung mit mehrmaliger intravenöser Salvarsaninfusion, kombiniert mit einer Quecksilberinjektionskur (Hg-salicylic.). Aus theoretischen Gründen erachtet es Verf. für besser, die Kauterisation des Primäraffekts nicht am Tage der ersten Salvarsaninfusion selbst, sondern 4—5 Tage später vorzunehmen. In der Zeit, in der sonst die Sekundäreruption aufgetreten wäre, ist nach Verf. das Halten des Pat. unter Allgemeinbehandlung (am besten Hg) dringend ratsam. Die Kombination der intravenösen Salvarsaninfusion mit mindestens einer Hg-Injektionskur ist nach Verf. der Behandlung mit Salvarsan allein vorzuziehen, da es bei der Kürze der Zeit noch an Erfahrungen über die Dauerwirkung des Salvarsans fehlt, wenn auch schon vorliegende Beobachtungen dafür sprechen, daß Salvarsan allein imstande ist, die Primärlues zu coupieren. R. L.

Bakteriotherapie.

Dr. **Julius Simon** (Heidelberg): **Ueber Arthigonbehandlung der Gonorrhoe.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Verf. berichtet über Versuche, die in der Heidelberger Universitäts-Hautklinik mit Vaccinebehandlung der gonorrhoischen Affektionen angestellt wurden. Zur Verwendung kam das Brucksche Arthigon, welches von der Chemischen Fabrik auf Aktien vorm. Schering hergestellt wird. Es wurden behandelt 16 Fälle von Epididymitis gonorrhoica, 6 Fälle von Prostatitis, 2 Fälle von gonorrh. Arthritis, 3 Fälle von gonorrh. Urethritis anterior, 1 Fall von Cervicalgonorrhoe, 2 Fälle von Bartholinitis gonorrhoica, 3 Fälle nicht gonorrhoischer Erkrankungen. Es wurden in 2—3 tägigen Zwischenräumen 0,5, 1, 1,5 und 2 ccm intraglutäal injiziert unter individualisierender Berücksichtigung der Temperaturkurve. Die Fieberreaktionen nach den Einspritzungen erreichten bei vorher fieberfreien Patienten 39° und mehr. Zur ambulatorischen Behandlung eignet sich daher diese Therapie nicht. Bei allen Patienten traten kurze Zeit nach der Einspritzung Schmerzen in der Umgebung der Einstichstelle auf, die oft sehr intensiv waren, aber meist nach 1—2 Tagen verschwanden. Schwellungen an der Injektionsstelle oder sonstige allgemeine Nebenwirkungen wurde in keinem Falle beobachtet. — Was nun die Heilungsresultate anlangt, so wurden die eigentlichen Tripper, d. h. die gonorrhoische Erkrankung der Harnröhre, nicht in heilendem Sinne beeinflußt; man mußte die lokale Therapie zu Hilfe nehmen. Dagegen wurden sehr ausgesprochene Erfolge bei der Epididymitis erzielt. Die subjektiven Beschwerden lassen schon nach der ersten Arthigoneinspritzung nach und pflegen fast immer nach der zweiten oder dritten Injektion zu verschwinden. Entsprechend bessert sich auch der objektive Befund: die manchmal gewaltige Anschwellung des Nebenhodens geht oft sogleich nach der ersten Einspritzung um ein Drittel zurück und nach der dritten oder vierten Injektion war in dem größten Teil der Fälle überhaupt nichts mehr oder kaum noch eine Andeutung einer Verdickung des Nebenhodens zu fühlen. Die oft sprungweise fortschreitende Besserung trat gerade bei den Patienten zutage, die auf Vaccineinjektionen mit kräftigen Temperaturanstiegen reagierten; blieb bei einem Patienten die Fiebersteigerung aus, so trat auch kein deutlicher Effekt ein; die Intensität der Allgemeinreaktion war im allgemeinen ein Gradmesser für die lokale Heilwirkung. Das günstige Endresultat wurde bei frischer Epididymitis durchschnittlich in 10—12 Tagen erreicht; es konnte nach dieser Zeit mit der Lokalbehandlung der hinteren Harnröhre begonnen werden. Die sämtlichen mit Arthigon behandelten Fälle von Epididymitis heilten ohne Knotenbildung. — Eine prophylaktische Wirkung gegen das Auftreten von gonorrhoischen Komplikationen zeigte das Arthigon nicht. Bei der Prostatitis waren die Heilerfolge nicht so deutlich wie bei der Epididymitis. — In einem Falle von Bartholinitis wurde eine auffallend schnelle Entleerung des Eiterherdes und gründliche Ausheilung gesehen. Von den beiden Fällen von gonorrhoischer Arthritis wurde nur bei einem eine schnelle vollständige Heilung der Gelenkaffektion gesehen, während die zugleich bestehende Prostatitis und Cystitis nur langsam beeinflußt wurden. Diagnostische Schlüsse lassen sich aus den nach den Arthigoninjektionen auftretenden Temperatursteigerungen nicht ziehen, da solche um ca. 0,5° auch bei Personen auftreten, die frei von Gonorrhoe sind, während andererseits Patienten mit frischer Gonorrhoe keine Temperaturerhöhungen zeigten. R. L.

Chirurgische Therapie.

Dr. **Franz Fischer** (Düsseldorf): **Eine Methode zur Heilung großer Hautdefekte an den Extremitäten.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 9.)

Es kommt vor, daß bei der Deckung großer Hautdefekte an den Extremitäten die Transplantation nach Thiersch nicht gelingt oder vom Pat. abgelehnt wird. In derartigen Fällen hat sich Verf. folgende, der Behandlung der Ulcera cruris varicosa entlehnte Methode bewährt: Zunächst gründliche Vorbereitung und Reinigung des Defektes durch feuchte, desinfizierende Umschläge. Sodann Bestreuung der Fläche mit einem Adstringens wie Xeroform, Zinkoxyd, bei geringer Neigung zur Granulationsbildung mit Vioform oder Minium. Hierüber werden dachziegelförmig 4 cm breite Pflasterstreifen fest aufgelegt, etwa 3—4 cm im Gesunden beginnend und in gleicher Entfernung auf der anderen Seite endigend, nicht zirkulär, sondern schräg, damit das Pflaster dem Muskelzug folgen kann. Sind die Ränder etwas verhärtet oder wenig zur Ueberhäutung neigend, so werden sie mit dem Argentum- oder Cuprumstift angeätzt und beim Auflegen der Pflaster nicht aneinander, sondern voneinander gezogen. Verf. läßt sich die Pflaster je nach der zu erzielenden Wirkung anfertigen: reizlose Pflaster mit Zusatz von 10 pCt. Blei, Xeroform oder Vioform, wenn nötig mit Desinfizientien verbunden. Zur Vermeidung stärkerer Sekretstauung werden die Pflasterstreifen durchlöchert. Zur Verhütung von Ekzemen durch scharfe Sekrete wird die Umgebung des Defekts fingerbreit mit Zinksalbe eingefettet. Ueber das Pflaster kommt als Abschluß ein allseitig gleichmäßig komprimierender Zirkulärverband mit Cambricbinden, der zur Verhütung von Stauungen am distalen Ende der Extremität beginnen muß. Die Verbände bleiben zunächst probeweise drei Tage liegen. Zeigt sich dann, daß sie gut vertragen werden, so erfolgt der Wechsel nur alle 8 Tage bis 1½ Wochen. Verf benutzt diese Methode jetzt stets bei Substanzverlusten nach Verletzungen und desgleichen bei Verbrennungen zweiten und dritten Grades. Bedingungen für guten Erfolg sind: gründliche Vorbereitung und Sterilisierung der Wundfläche bis zur Granulationsbildung, richtige Erkennung des für die Wunde am besten wirksamen Adstringens als Zusatz zum Pflaster und richtige Anlegung des Pflasterverbandes bei Vermeidung einer Stauung. R. L.

Oscar Vulpius (Heidelberg): **Ueber die Behandlung des Klumpfußes.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. beschäftigt sich in erster Linie mit dem angeborenen Klumpfuß und beantwortet zunächst die vielerörterte Frage, wann die Therapie beginnen soll. Wir wissen, daß eine fehlerhafte Gelenkstellung im Laufe der Zeit und zwar ziemlich rasch fixiert wird durch Schrumpfung aller Weichteile von der Haut bis zur Gelenkkapsel und durch Umformung, durch Wachstumsstörung der Knochen. Die Deformierung muß um so intensiver sein, je früher im postfötalen Leben die Schädigung einwirkt, je plastischer und in je rascherem Wachstum das Skelett begriffen ist. Dementsprechend kann man die Behandlung des Klumpfußes kaum zu früh in die Wege leiten. Meistens geschieht es zu spät. Die Therapie soll, wenn die äußeren Umstände es gestatten, einsetzen, sobald das Kind sich als lebenskräftig erwiesen hat und die Ernährung richtig im Gange ist. Verf. wählt als Termin spätestens den 3. bis 4. Lebensmonat. Und zwar besteht die Behandlung in redressierenden Manipulationen, die täglich möglichst zweimal ausgeführt werden. Die eine Hand umfaßt den Unterschenkel bis zur Spitze der Malleolen, diese vor Fraktur schützend, die andere Hand führt das Füßchen in Abduktion und Pronation, schließlich in Dorsalflexion. Nachdem in dieser Weise etwa 5 Minuten gearbeitet wurde, legt Verf. eine schmale Flanellbinde an, welche in Spiraltouren die Korrekturstellung teilweise und für einige Stunden wenigstens festhält. Einen Teil des Tages sollen die Beine frei bleiben, damit keine Gewebsatrophie eintritt. Nach 8—14 Tagen ist eine wesentliche Stellungsverbesserung regelmäßig zu konstatieren. An Stelle der einfachen Bindenwicklung tritt jetzt eine nicht minder einfache Nachtschiene. Sie besteht aus einem Sohlenblech und

Eine segensreiche Wohltat für Diabetiker

ist der Gebrauch von

Melicedin-Stroschein

Glycerin < Strontium / Natrium > Citrat

Durch dieses Antidiabeticum wird der Erhöhung des Zuckergehaltes im Harne vorgebeugt trotz öfteren Genusses auch größerer Mengen Kohlenhydrate, deren Entbehrung bekanntlich die größte Qual für Diabetiker und die hauptsächlichste Ursache des Kräfteverfalles der Zuckerkranken bildet. — Muster des Melicedins stehen den Herren Aerzten kostenlos zur Verfügung.

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik, Berlin SO. 36, Wienerstraße 57 f.

DIURASE

(Mittel zur Hebung der Diurese.)

vereinigt jene Faktoren, die eine

stark gehobene Diurese

zur Folge haben, **ohne irgendwelche Schädigungen.**

Diurase kann **lange Zeit fortgesetzt** gegeben werden und zwar:

1. bei **Verdacht** oder bestimmten Symptomen **verlangsamter Diurese,**
2. **bei akuten, renalen, hydropischen Zuständen,**
3. bei chronischen Fällen (Ascites, Oedemen etc.),
4. bei Herzerkrankungen (evtl. mit Digitalis, Theobromin, Coffein),
5. dort, wo andere Diuretica ausgesetzt werden sollen.

Ordination: Rp.: Tabl. Diurase (Orig.-Pack) Nr. 40.
D. S. stündlich bis 3 mal tgl. 2—4 Tabletten evtl. in Wasser aufgelöst zu nehmen.

Aerztemuster und Literatur gratis.

Chemische Fabrik Ebenau in München W. 39
in der Ebenau.

SPERMINUM - POEHL

Physiologishesc Präparat zur Regulierung des Stoffwechsels durch Steigerung der Oxydation, Gewebsatmung und Förderung der gutartigen Leukocytose.

Stoffwechseltonicum und Stimulans I. Ranges, indiziert bei Nervenleiden, Neurasthenie, Hysterie. Impot. neurasth., Tabes (Krisen), Arteriosklerose, gewissen Herzleiden (Myocarditis, Cardialgie, Cor adipos). Kachexie bei Syphilis, Tuberkulose, Infektionen, Chlorose; **Spezifikum bei Alterserscheinungen, Uebermüdungen** und in der **Rekonvaleszenz.**

Intern.: Essentia Sperminum-Poehl.
Subkut.: Sperminum-Poehl p. inj.
Sperminum-Poehl p. clysm.

Mammin-Poehl

laut vorliegenden Arbeiten erfolgreich bei **Uterusfibromyomen,** Menorrhagien u, Metrorrhagien, nervösen, durch Hyperämie der Geschlechtssphäre hervor-gerufenen Zuständen.
Intern.: Mammin-Poehl in tabl. à 0,1—0,5
Subkut.: Mammin-Poehl in amp.

Biovar-Poehl

hochwertiges Eierstockpräparat von prompter, konstanter Wirksamkeit bei klimakterischen Ausfallserscheinungen, nach Ovarektomien, Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, Chlorose.
Intern.: Biovar-Poehl in tabl. à 0,1—0,5
Subkut.: Biovar-Poehl in amp.

Cerebrin-Poehl (pulv., tabl. u. ampull.) bei Nervenleiden, Epilepsiebehandlung **nach Dr. Lion,** Alkoholismus.

Thyreoidin-Poehl (pulv. tabl. und ampull.), durchaus mildes, dabei prompt wirkendes Schilddrüsenpräparat bei Myxoedem, Adipositas. Eklampsie.

Haemoglobin-Poehl (pulv., pil, tabl.) ideales, leicht assimilierbares, appetitanregendes Blutpräparat.

Als **Spezialinstitut** für Organtherapie bieten wir die sicherste Garantie für unbedingte Reinheit, genaue Dosierung und demgemäß größte Wirksamkeit unserer Präparate und bitten daher die Herren Aerzte, auf den Rezepten stets „Poehl" zu verschreiben.

Reichhaltige Literatur gratis durch

Prof. Dr. v. Poehl & Söhne.
Abteilung Deutschland: BERLIN SW. 61 bf.

Georgenswalde

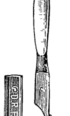
Ostseebad. — Saml. Steilküste. **Post Rauschen.** Ruhiger, vornehmer Erholungsort. — Wald. Wasserleitung. — Solide Preise. Näh. durch die **Badeverwaltung.**

Soeben erschienen. **Praktische Neuheit.**

Skalpelle und Bistouries

D. R. P.

mit einklappbarer Klinge,



geballt oder mittelspitz, nur aus **zwei Teilen,** dem Griff und der Klinge bestehend, aseptisch, leicht auseinanderzunehmen. Diese Messer können in geschlossenem, die Schneide schützendem Zustande aufbewahrt und sterilisiert werden.

Sie werden durch einen Druck auf den Hebel geöffnet, ohne die Klinge dabei zu berühren.

Skalpelle . . . . . M. 2,50 pro Stück
Bistourie . . . . . „ 2,25 „ „

Medicinisches Waarenhaus (Actien-Gesellschaft)
Berlin NW. 6, Karlstrasse 31.

Magen- und Darmleidende

können ohne Bedenken den coffeïnfreien „Kaffeehag" trinken, da er zufolge der Reinigung und Entfettung, die er im Extraktionsverfahren durchmacht, außer dem Coffeïn noch die Staubteile, Häutchen, ranzig werdenden Fette etc. verliert, die auf Magen und Darm ungünstig wirken. Der coffeïnfreie „Kaffeehag" wird von Aerzten allgemein verordnet und ist in allen einschlägigen Geschäften schon von 70 Pfg. pro Paket an erhältlich.

Malztropon

für stillende Mütter

Malztropon bewirkt eine auffallend schnelle Vermehrung der Muttermilch; es hebt das Allgemeinbefinden u. beseitigt etwa vorhandene Beschwerden des Selbststillens.

Büchse nur Mk. 1.—.

Troponwerke Mülheim am Rhein.

einer bis zum Capitulum fibulae reichenden Außenschiene. Die Sohle trägt eine Art Kappe, welche die Ferse aufnimmt, sowie am Innenrand eine Nase, welche die Großzehe und damit den ganzen Fuß vor dem Abgleiten nach innen schützt. Das Sohlenblech besitzt eine nach außen gerichtete Schweifung, entsprechend der Form des überkorrigierten abduzierten Fußes. Die Außenschiene ist in der Gegend des Malleolus lateralis mit dem Sohlenteil verbunden und bildet mit diesem in der Ansicht von vorne einen stumpfen, in seitlicher Ansicht einen nach vorne offenen spitzen Winkel. Infolge dieser Neigung kann die Außenschiene eine kräftige Hebelwirkung entfalten, nachdem Fußsohle und Sohlenblech fest miteinander verbunden sind. Letzteres geschieht durch Flanellbindentouren, welche teils den Vorderfuß, teils die Fersengegend umfassen. Kann der Fuß sich nicht mehr gegen die Apparatsohle verschieben, so wird die Außenschiene gegen den Unterschenkel bandagiert und der Fuß dadurch proniert, abduziert und dorsalflektiert. Leichtere Deformitäten lassen sich auf diese Weise völlig beseitigen, freilich müssen die Nachtschienen mindestens solange getragen werden, bis das Kind zu stehen und gehen anfängt. Und auch dann noch empfiehlt es sich, eine Zeitlang besonders gebaute Stiefel mit entsprechender Leistenform, nach außen geschwungener Sohle, starker Kappe und schiefem Absatz herstellen zu lassen. In schwereren Fällen läßt sich der feste Verband meistens nicht vermeiden. Die Verbandperiode dauert je nach der Schwere der Deformität 1—2 Monate. Wicklungen und Nachtschiene sind weiterhin bis zum Ende des ersten Lebensjahres anzuwenden.

Genau den gleichen Heilplan, wie er bisher für Neugeborene besprochen wurde, befolgt Verf., wenn er die Kinder erst im Laufe des ersten oder zweiten Lebensjahres in Behandlung bekommt. Vom 3. oder 4. Lebensjahre an kann die präparatorische Vorbehandlung gewöhnlich unterbleiben; es wird sofort in Narkose das erste modellierende Redressement ausgeführt. Dieses gestaltet sich in gewisser Hinsicht natürlich allmählich schwieriger; der knöcherne Widerstand des deformierten Skeletts wächst mit den Jahren.

Das geschilderte Redressement wird als „unblutiges“ Verfahren charakterisiert; es bleibt dies in der Praxis keineswegs immer. Sieht man von den naturgemäß entstehenden Hämatomen ganz ab, so kommt eben doch die Tenotomie der Achillessehne regelmäßig die Durchschneidung der Plantaraponeurose nicht selten hinzu. Es läßt sich ferner durchaus nicht sicher ein Platzen der überdehnten Haut und ein tiefer gehender Einriß der Weichteile an der Innenseite des Fußes vermeiden. Die Möglichkeit ihres Eintretens veranlaßt uns zu einer prophylaktischen Desinfektion des Fußes vor dem Redressement einer schweren Deformität.

Mit dieser ersten chirurgischen Maßnahme ist ein gewisser Uebergang zur operativen Therapie bereits vorbereitet. Und es liegt die Frage nahe, ob es nicht empfehlenswerter ist, die notwendige Diastase der Weichteile lieber dem Messer zu überlassen oder am Skelett korrigierend einzugreifen. Verf. kommt auf Grund seiner Erfahrungen zu der unbedingten Forderung, die Behandlung des angeborenen Klumpfußes in jedem Falle mit dem unblutigen modellierenden Redressement unter Hinzufügung der Tenotomie zu beginnen und so weit durchzuführen, als es ohne übermäßige Gewaltanwendung möglich und im Hinblick auf die vorliegenden anatomischen Verhältnisse aussichtsvoll erscheint. Es ergibt sich aber auch die weitere Forderung mit der gleichen Berechtigung und Notwendigkeit, einen chirurgischen Eingriff dem Redressement hinzuzufügen, wenn er auf leichterem, angenehmerem und sichererem Wege zu einem vollen und dauernden Resultat zu führen verspricht. Eine Frühoperation am Skelett ist also ebenso zu verwerfen, wie eine bedingungslose Ablehnung der Operation.

Der bis zur Unbesiegbarkeit steigende Widerstand des schweren Klumpfußes liegt in der Fußwurzel und hier vor allem im Talus und Calcaneus. Die Equinusstellung des Fersenbeines kann bis zur Verhackung seines hinteren Fortsatzes mit den Unterschenkelknochen führen und gestattet die plantigrade Fußstellung nur unter Abknickung der Sohle im Calcaneo-Cuboidgelenk oder noch weiter distal. Das manuelle Herabholen des Calcaneus wird unmöglich, die einfache Achillotenotomie wirkungslos. In solchen Fällen hat Verf. durch folgende Operation Erfolg erzielt: Die Achillessehne wird behufs plastischer Verlängerung freigelegt und durch einen frontalen Treppenschnitt geteilt. Das periphere Ende wird nach unten geklappt, der Processus posterior calcanei freigelegt. Ein entsprechend großer stumpfer Doppelhaken faßt nun den Calcaneus zu beiden Seiten der Sehne und zieht ihn abwärts. Alle sich widersetzenden Weichteilstränge, besonders der dorsale Bandapparat, wird durchtrennt, es kommt zum breiten Klaffen des Talo-Calcanealgelenkes, der Processus posterior tritt in die Weichteilferse ein. Alsdann werden die Achillessehnenlappen in der geeigneten Spannung vernäht, die Wunde geschlossen und der definitive Gipsverband wie nach dem einfachen Redressement angelegt. Etwas schwieriger gestaltet sich die Aufgabe, wenn der Widerstand hauptsächlich im deformen Sprungbein zu suchen ist, welches die Equinovarusposition der Fußwurzel bedingt. Hier konkurrieren vor allem zwei Methoden, die völlige oder teilweise Exstirpation des Talus und die Exkochleation desselben.

Zum Schluß erörtert Verf. die Frage des Erfolges. In leichten Fällen ist ein vollkommene Heilung zu erzielen, so daß nach Jahr und Tag wohl nur die Krankengeschichte uns sicher sagen kann, welcher Fuß deformiert war. Die Regel bildet ein derart ideales Resultat aber nicht. Und die bei einer Nachuntersuchung zu machenden Ausstellungen werden im allgemeinen um so zahlreicher und erheblicher, in je höherem Lebensalter die Behandlung eingeleitet wurde. Auffällig bleibt vor allem eine gewisse Atrophie der Wadenmuskulatur, die zum Teil, aber keineswegs ausschließlich auf die Tenotomie bezogen werden darf. Ein sehr wesentlicher Grund für die abnorm schlanke Form, welche die Wadenmuskulatur des einstigen Klumpfußes dauernd behält, ist in der mangelhaften Längenentwicklung des hinteren Fersenbeinfortsatzes zu suchen. Diesem Bildungsfehler entspricht hier, wie bekanntlich auch am Negerbein, aus gleicher Ursache, nämlich infolge von muskulärer Anpassung an die anormale Hebelwirkung, ein dünnerer Muskelbauch. Die Kraft des Fußes, die Art und Ausdauer des Ganges braucht demnach keineswegs zu leiden.

Aber auch die Form des Fußes wird durchaus nicht immer dem Schönheitsideale nahe kommen. Eine mehr oder weniger ausgesprochene Plumpheit der Fußwurzel, eine zu starke Konvexität des äußeren Fußrandes, eine gesteigerte Höhlung der Fußsohle oder in anderen Fällen eine Abflachung derselben, eine deutliche Verkürzung des Fußes erinnern an die ursprüngliche Deformität. Unangenehmer, weil mehr die Funktion als die Kosmetik treffend, ist eine beschränkte Beweglichkeit des Sprunggelenkes, die namentlich bei Adoleszenten mit Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden kann, die freilich durch vikariierende Mobilisierung von Nachbargebieten gewöhnlich ausgeglichen wird. Aber diesen Mängeln gegenüber dürfen unsere Erfolge und ihr Wert im ganzen nicht unterschätzt werden. Vermögen wir doch ausnahmslos auch den schwer deformierten, den inveterierten Klumpfuß umzumodeln zu einem in normalen Achsen stehenden und gehenden Fuß, seinem Träger zu einem normalen, plantigraden, mühe- und schmerzlosen Gang zu verhelfen, ihm statt des unweigerlich bevorstehenden Krüppeldaseins Arbeits- und damit Lebenswertigkeit zu verschaffen. Kr.

Dr. **Artur Hofmann** (Offenburg): **Ueber die Pinselung des Bauchfells mit Jodtinktur bei der tuberkulösen Peritonitis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Die Ueberpinselung des normalen Bauchfells mit Jodtinktur löst eine starke Reaktion aus; es erfolgt eine profuse Transsudation und Verklebung der Serosaflächen. Auch bei der tuberkulösen Peritonitis bestehen die Heilungsvorgänge in Hyperämie, Transsudation und Verklebung. Verf. kam deshalb auf den Gedanken, diese normalen Heilungsvorgänge der tuberkulösen Peritonitis durch Pinselung des Bauchfells mit Jodtinktur bei der Laparotomie zu beschleunigen. Er berichtet über vier Fälle von tuberkulöser Peritonitis, in denen er nach Eröffnung der Bauchhöhle eine ausgiebige Bepinselung des parietalen und visceralen Blattes des Peritoneums vornahm und bei denen sämtlich eine auffallend schnelle Heilung in 3 bis 4 Wochen erfolgte. Es handelte sich in allen Fällen um weibliche Patienten im Alter von 30, 6, 15 und 23 Jahren. In zwei Fällen wurden bei der Operation ein bezw. beide tuberkulös erkrankte Eileiter exstirpiert. Mit einer gewissen Regelmäßigkeit trat innerhalb der ersten 48 Stunden nach der Operation eine chemotaktische Peritonitis auf, ohne Fieber und ohne jede stärkere Windverhaltung, als wie man sie nach jeder Laparotomie erlebt. Einen schädlichen Einfluß des Jods sah Verf. in keinem der vier Fälle; er glaubt, daß die bisherigen Erfahrungen zu weiteren Versuchen aufmuntern.

Dr. **Emm. Kondoléon** (Athen): **Die Lymphableitung als Heilmittel bei chronischen Oedemen nach Quetschung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Verf. berichtet über einen Fall, in welchem er unter Benutzung einer Idee des holländischen Chirurgen L a n z ein durch Lymphstauung veranlaßtes chronisches Oedem auf operativem Wege beseitigt hat. Es handelte sich um einen 18 jährigen Fuhrmann, der durch ein Rad seines eigenen Fuhrwerks überfahren wurde und eine ausgedehnte Quetschung des äußeren Teils des rechten Oberschenkels erlitt. Einige Tage nach der Kontusion stellte sich ein starkes Oedem des Ober- und Unterschenkels ein. Einen Monat darauf wurde durch Punktion mehr als 1 l einer gelblichen, klaren Flüssigkeit von der Konsistenz der Lymphe entleert. Trotz der Entleerung blieb das Oedem der unteren Extremität weiter bestehen. Der Patient war arbeitsunfähig, weil er nach einigen Stunden Stehens ein Gefühl der Schwere hatte, das ihn zum Liegen nötigte. Bei der Aufnahme war der Umfang des rechten Oberschenkels um 2,5—3 cm größer als der des linken. Verf. operierte nun in folgender Weise: Durch einen 15 cm langen Schnitt am äußeren Teile des Oberschenkels wurde die Haut, welche dicker als normal war, gespalten. Unterhalb des Subkutangewebes war die Fascie stark verdickt; die obere Fläche der Fascie bot die

Konsistenz von Gelee, während die untere das gewöhnliche glänzende Aussehen der Fascie hatte. Ein Stück der verdickten Fascie wurde zur mikroskopischen Untersuchung ausgeschnitten. Verf. spaltete nun die Aponeurose und schnitt beiderseits 5—6 schmale, lange Streifen, welche er zwischen den Muskelfasern in verschiedener Tiefe bis zum Periost einlegte (die Streifen blieben oben in Zusammenhang mit der Aponeurose). Darauf wurde die Fascie durch eine fortlaufende Seidennaht vereinigt, bis zu den zwei Enden des Schnittes, die offen blieben. Fortlaufende Seidennaht der Haut. Einfacher Verband. Die Wunde heilte per primam. 10 Tage nach der Operation war der Umfang des rechten Beines an verschiedenen Stellen annähernd dem des linken gleich. Am 20. Tage nach der Operation wurde der Patient entlassen; er konnte sofort seine Arbeit aufnehmen; auch nach drei Monaten war die Heilung von Bestand und der Patient kann ohne Beschwerden arbeiten. Nach Verf. ist die Heilung dadurch zustande gekommen, daß eine Lymphableitung durch die Muskeln erzielt wurde. Auch in normalem Zustand kommt die in den Muskeln und im Subkutangewebe eingeführte Lymphe zur raschen Resorption, wenn die eingespritzte Menge nicht sehr groß ist. Langsamer wird die in die Haut eingespritzte Lymphe resorbiert. R. L.

Geburtshilfe.

W. Poten (Hannover): **Die Erfolge der Nierendekapsulation bei Eklampsie.** (Zeitschr. f. gynäkol. Urologie, 1912, Bd. 3. H. 3.)

Nachdem die Zahl der Nierendekapsulationen bei Eklamptischen das erste Hundert überschritten hat, scheint es Verf. an der Zeit, sich Rechenschaft über die Erfolge dieser Operation abzulegen. Sind die bisher bekannt gewordenen Erfolge der Nierendekapsulation überhaupt solche, daß man an einen Fortschritt durch diesen Eingriff glauben muß oder doch kann? In nicht wenigen Publikationen ist darauf hingewiesen, daß alsbald nach der Operation die bis dahin stockende Harnabsonderung in Gang kam, das Bewußtsein rasch zurückkehrte usw., kurz, der Beobachter war überrascht durch den prompten Erfolg. Solchen Einzelerfahrungen gegenüber, sagt Verf., muß darauf hingewiesen werden, daß auch ohne Dekapsulation plötzliche und unerwartete Besserungen aller Symptome vorkommen, daß also die Möglichkeit eines Irrtums über die Wirkung der angewandten Therapie gerade hier eine außerordentlich große ist, um so mehr, als der Wunsch, der Kranken geholfen zu haben, und ein falsches Urteil über den Wert der Dekapsulation im allgemeinen die notwendige nüchterne Kritik nicht aufkommen läßt. Wer z. B. bei Sippel (Bd. 2, Heft 2 der Zeitschr. f. gynäkol. Urologie) liest, daß von 46 operierten Eklamptischen 30 von ihrer Erkrankung geheilt wurden, und daß die Erhaltung dieser 30 Menschenleben (trotzdem noch 4 an Komplikationen starben!) lediglich der Nierenentkapselung zu danken sei, da sie sonst dem sicheren Tode verfallen waren, der muß freilich, falls ihm nicht eine große eigene Kenntnis zu Gebote steht, zu der Anschauung kommen, daß die Dekapsulation mehr leistet als jede andere Behandlungsart. Um deren Erfolg beurteilen zu können, stellt Verf. nun die auf die Operation folgenden Krampfanfälle, sowie die resultierenden Todesfälle zusammen und zieht als Vergleichsobjekt die in der Provinzial-Hebammenlehranstalt Hannover beobachteten Eklampsien heran; es sind dies seit dem 1. April 1896: 315 Fälle, über welche genaue Aufzeichnungen vorliegen und aus denen Verf. eine annähernd gleiche mit den Dekapsulationen in Parallele zu stellende Reihe auslesen kann. Zur Ausführung einer Nierenenthülsung konnte man sich hier bis jetzt nicht entschließen. Bei diesem Vergleich ergibt sich, daß die nicht dekapsulierten Kranken erheblich besser gefahren sind, als die operierten. Hier 40,7 pCt., dort nur 23,3 pCt. Sterblichkeit!

Was die Todesursache bei den Gestorbenen anlangt, so sind die meisten der Dekapsulierten, ebenso wie Verfassers Eklamptische, im Koma oder an den unmittelbaren Folgen der Eklampsie — Herzschwäche, Pneumonie usw. — verschieden.

Wenn ich, schließt Verf., bisher Nierendekapsulationen bei Eklamptischen aus dem Grunde nicht ausgeführt habe, weil ich die theoretische Berechtigung der Operation nicht einsehen kann, so werde ich künftig, nachdem die Praxis ihre Nutzlosigkeit ergeben hat, erst recht den Mut dazu nicht finden. Kr.

Privatdozent Dr. **B. Zoeppritz** (Göttingen): **Die Behandlung der Eklampsie nach Stroganoff.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 8.)

Verf. berichtet über 6 Fälle von Eklampsie, die er nach der Methode von Stroganoff konservativ behandelt hat. Diese Methode besteht bekanntlich darin, durch ein absolutes Fernhalten jeglichen äußeren Reizes Transport der Kranken in ein dunkles stilles Zimmer, Vornahme aller Untersuchungen und Eingriffe, wie Katheterismus, Injektionen, in leichter Chloroformnarkose — und Gaben von Morphin und Chloral eine gleichmäßige ruhige Narkose zu erzielen. Morphium wird nur zu Beginn und als Einleitung der Behandlung, nachher nur noch Choralhydrat rektal oder, wenn angängig, per os gegeben. Außerdem werden die Narkotica prophylaktisch gegeben, d. h. nicht erst, wenn der Anfall schon einsetzen will oder eingesetzt hat, sondern entweder nach einem ganz bestimmten von Stroganoff angegebenen Schema, oder wenn der Schlaf der Patientin unruhig zu werden beginnt, also die Wirkung des Chloralhydrats nachläßt. Eventuell kann zur Hebung der Herztätigkeit ein Digitalispräparat gegeben und durch Auflegen von Wärmebeuteln auf die Nierengegend die Urinsekretion angeregt werden. Die Entbindung wird nur vorgenommen, wenn sie durch Zange oder Wendung leicht bewerkstelligt werden kann; größere geburtshilfliche Eingriffe kommen nicht in Anwendung. Stroganoff gibt folgendes Schema für die Darreichung der Narkotica: Zu Beginn der Behandlung 0,015 (0,01—0,02) Morph. muriat., nach 1 Stunde 2 (1,5—2,5) Chloral, nach 3 Stunden 0,015 Morph. mur., nach 7 Stunden 2 Chloral, nach 13 Stunden 1,5 (1,0 bis 2,0) Chloral, nach 21 Stunden 1,5 Chloral. Auch an den folgenden Tagen ist eine Weiterbehandlung indiziert, weshalb die Kranken noch 3 mal täglich 1 bis 1,5 g Chloral bekommen. Das Chloral wird in 150—250 ccm erwärmter Milch oder Kochsalzlösung gegeben. Stroganoff hat 360 Fälle von Eklampsie mit einer Mortalität für die Mütter von 6,6 pCt., für die Kinder von 21,6 pCt. behandelt. Was die 6 Fälle des Verfassers anlangt, so handelte es sich keineswegs um leichte Erkrankungen. Sämtliche Mütter genasen, ohne daß außer der Morphium-Chloralgabe und Isolierung eine andere Therapie angewandt wurde; nur in einem Falle wurde eine Beckenausgangszange gemacht. Unter den Fällen sind einige, bei denen nach dem Abklingen der eklamptischen Erscheinungen die Schwangerschaft noch kürzere oder längere Zeit weiterbestand; zur sofortigen Entbindung wäre in diesen Fällen jedesmal eine größere eingreifende Operation nötig gewesen. Verf. hält die Stroganoffsche Therapie der Eklampsie, falls sie sich weiter in der gleichen Weise bewähren wird, besonders für den praktischen Arzt für geeignet. — Zum Schluß fügt Verf. einige theoretische Bemerkungen zur Erklärung der Wirkungsweise der Stroganoffschen Therapie hinzu. Er geht von der Hypothese aus, daß die Eklampsie eine anaphylaktische Erscheinung ist. Nun hat man in Tierversuchen gefunden, daß man bei Tieren den anaphylaktischen Shok unterdrücken und die Tiere am Leben erhalten kann, wenn man sie vor der Injektion der zweiten tödlichen Dosis bis zur Aufhebung der Reflexe narkotisiert. Am wirksamsten erwiesen sich dabei die Allgemeinnarkose und Chloralhydrat, während Morphium und Opium versagten. Das wäre eine Analogie zu der heilenden Wirkung der Narkose und des Chloralhydrats bei der Eklampsie. R. L.

Technisches.

E. Wurm, Chemiker: **Ein neues Präparat zum Schutze der gesunden Haut bei Röntgenbestrahlung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Man benutzt jetzt fast ausschließlich Bleischablonen als Schutz der Haut gegen Röntgenstrahlen für die nicht zu bestrahlenden Stellen. Jedoch haben diese den Nachteil, daß sie nur für die Form des Krankheitsherdes passen, für den sie angefertigt wurden; daher ist ihre Benutzung kostspielig. Auch ist es schwierig, eine genaue Abdeckung des Herdes zu erreichen, besonders bei komplizierter Gestalt oder wenn zahlreiche kleine Stellen (Warzen) zu behandeln sind. Für diese Fälle wird von manchen Beiersdorfs Quecksilberpflaster benutzt, das in schmalen Streifen auf die gesunde Haut aufgeklebt wird. Wegen der Umständlichkeit dieses Verfahrens wurde Verf. von Oberarzt Dr. Zehden angeregt, ein bequemeres Röntgenschutzmittel herzustellen. Es gelang ihm dies in Form einer Glyzerin-Stärkepaste, welche Blei- und Wismutnitrat in feinster Verteilung enthält. Sie läßt sich leicht aufstreichen und nach beendeter Bestrahlung mit kaltem Wasser wieder entfernen. Die Paste haftet fest auf der Haut und ist vollkommen indifferent, so daß sie selbst bei empfindlicher und kranker Haut angewendet werden kann. Nach Versuchen von Zehden ist die Paste (in 1 mm dicker Schicht aufgetragen) praktisch undurchlässig für Röntgenstrahlen. (Zu beziehen unter dem Namen „Röntgenschutzpaste nach Wurm" von Schäfers Apotheke, Berlin W., Kleiststraße 34.) R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 13. März 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Der **Vorsitzende** widmet den verstorbenen Mitgliedern der Gesellschaft Dr. Julius Meyer und Prof. Schütze einen ehrenden Nachruf.

Herr **P. Rosenstein** stellt einen Patienten vor, bei dem er wegen **Lebercirrhose** und **Ascites** eine direkte Anastomose

zwischen der V. portae und der V. cava inferior vorgenommen hat. Durch diese Operation, welche eine logische Konsequenz der Talmaschen darstellt, sollte nach dem Ausspruch von Frank die Bedingung für die Ascitesbildung, vorausgesetzt, daß es sich um einen Stauungsascites handelt, beseitigt werden. Nach vielen technischen Vorversuchen am Tier ist es R. zum ersten Male gelungen, die genannte Anastomosenbildung am lebenden Menschen auszuführen. Der Patient hat die Operation (November v. J.) gut überstanden und sich schnell erholt. Hinsichtlich des Erfolges möchte sich R. noch zurückhaltend äußern, da die seit der Operation verstrichene Zeit noch zu kurz ist. Es scheint sich in diesem Falle auch nicht um einen reinen Stauungsascites zu handeln.

Tagesordnung:

Ueber Schwebelaryngoskopie.

Herr **Killian** erläutert an Projektionsbildern seine Schwebelaryngoskopie und deren Instrumentarium. Die Methode stellt eine direkte Laryngoskopie dar und ist dadurch charakterisiert, daß der Kopf der Patienten zur Schwebe gebracht wird. Die Schwebe wird dadurch herbeigeführt, daß der Kopf des Pat. am Zungenspatel, der einen langen Stiel besitzt, hängt. Kirschstein, der Erfinder der direkten Laryngoskopie, ist nach mehrfachen Versuchen zum Röhrenspatel übergegangen. Dieser hat sich aber nicht bewährt, da er das Operationsfeld beeinträchtigt. Die Schwebelaryngoskopie bietet einen freien Einblick in die Tiefe; Mund und Rachenhöhle, Hypopharynx und das Innere der Kehlkopfhöhle können in überraschend deutlicher Weise betrachtet werden. Vortragender hat sich mit Vorteil des Morphium-Skopolamindauerschlafes bedient, aber auch mit Kokain allein kommt man gut aus. Die Methode ermöglicht es, daß man mehrere Leistungen im Kehlkopf auf einmal vornehmen kann und daß man nicht genötigt ist, aufzuhören, wenn der Patient ermüdet. Vortragender hat schon praktische Erfahrungen an Frauen, Kindern und Männern gemacht und betont, daß die Methode sich ausgezeichnet eigne zur operativen Behandlung von Pachydermie und Lupus des Larynx, zur Entfernung von Fremdkörpern aus dem Larynx und besonders zur Entfernung von Papillomen. Die Behandlung der vorgeschrittenen Formen der Larynxtuberkulose, besonders bei Kindern, gestaltet sich jetzt überaus einfach.

Ueber Mesothoriumtherapie.

Herr **A. Bickel**: Von den Körpern der Thoriumreihe erzeugt das Mesothorium Gewebsveränderungen produktiver und regressiver Art und eignet sich deshalb hauptsächlich zur Behandlung von Hautkrankheiten, Lupus etc. — Fermentwirkungen läßt es gar nicht oder nur unbestimmt erkennen. Das Radiothorium läßt ebenfalls Gewebsveränderungen erkennen wie das Mesothorium, es ist das Ausgangsmaterial von Thorium X und Thoriumemanation. Die Thoriumemanation wird dem Körper einverleibt durch Trinkkuren mit Thorium X. Wegen der Kurzlebigkeit der Thoriumemanation ist es unmöglich, nennenswerte Mengen durch Inhalation dem Körper zuzuführen; das langlebige Thorium X, da es leicht vom Verdauungskanal resorbiert wird, kreist längere Zeit im Blut mit Thoriumemanation. Diese ist so lange im Körper vorhanden, bis Thorium X durch die Niere vollkommen ausgeschieden ist. Therapeutische Versuche, bei denen 3 mal täglich nach dem Essen 1000 bis 8000 Macheeinheiten per os gegeben wurden, sind bisher beim chronischen Gelenkrheumatismus und bei der Arthritis deformans angestellt worden. (Autorreferat.)

Diskussion:

Herr **Laqueur** hat mit Thorium-X-Lösung Versuche an der inneren und dermatologischen Abteilung des Rudolf-Virchow-Krankenhauses angestellt. Irgendwelche unangenehmen Nebenwirkungen hat er dabei nicht gesehen. Bei chronischem und subchronischem Gelenkrheumatismus und auch bei Gicht trat in einer Reihe von Fällen eine Reaktion ein, deren Stärke im Verhältnis zur Menge der zugeführten Thorium-X-Lösung zu stehen schien. Ueber den Erfolg bei subakutem Gelenkrheumatismus läßt sich Bestimmtes nicht aussagen, besser geeignet zur Beobachtung erwies sich der chronische Gelenkrheumatismus, besonders diejenigen Fälle ohne erhebliche Knochendeformitäten, die mit starken Schmerzen einhergehen. Hier erzielte er teils Mißerfolge, teils aber auch bemerkenswerte Erfolge, bestehend in Nachlaß der Schmerzen und Abschwellung der Gelenke. Recht gut wirkte ferner die Thorum-X-Lösung bei den oft hartnäckigen Gelenkaffektionen, die bei Psoriasis auftreten; ferner beobachtete er in verschleppten Fällen von gonorrhoischem Gelenkrheumatismus eine nennenswerte Besserung; bei Arthritis deformans hatte er bis jetzt keinen Erfolg.

Herr **Plesch**: Auf Grund von Experimenten und Erfahrungen an der Krausschen Klinik ist P. zu der Ueberzeugung gekommen, daß man, um tatsächliche Wirkungen zu erzielen, die radioaktiven Stoffe nicht nur längere Zeit, sondern auch in größeren Dosen anwenden muß. Dieser Forderung entspricht das Mesothorium und dessen Umwandlungsprodukt. Die Radiumemanation ist ein Gas, es wirkt nur so lange, als es sich in einem geschlossenen Raume befindet; nur ein geringer Teil bleibt im Blute, während der größere durch die Lunge ausgeschieden wird. Das Thorium X ist in Wasser löslich und kann in vielen Millionen Macheeinheiten injiziert werden. Die Thoriumemanation, im Gegensatz zur Radiumemanation für einen erschwingbaren Preis zu erhalten, wird meist intravenös verwendet. Ein 2 kg schweres Kaninchen, das 0,1 mg reines Radiumbromid injiziert erhielt, blieb am Leben und zeigte keine Veränderungen; es wurden noch größere Mengen ohne Schaden vertragen. Trotzdem möchte P. vor der Anwendung allzu großer Dosen warnen. Die von P. angewandte Thorium-X-Lösung enthält pro Kubikzentimeter über 3 Millionen Macheeinheiten. Die klinische Beobachtung zeigt, daß Kranke mit schwerer kardialer Dyspnoe nach Anwendung des Mittels beschwerdelos atmen können. Schon nach 5 Minuten atmeten die schwer dyspnoischen Patienten normal; das gleiche zeigte sich in schweren Fällen von Pneumonie. Der Blutdruck sank in zahlreichen Fällen bis zu 100 mm Hg. Diese Wirkung hält auch wochenlang an. Die Wirkung auf das isolierte Froschherz ist bei kleinen Dosen dieselbe wie bei der Radiumemanation.

Die Senkung des Blutdrucks weist darauf hin, daß wir es mit einem gefäßerweiternden Mittel zu tun haben, das auf den Splanchnicus zu wirken scheint. Das gibt auch eine Erklärung für die nach der Injektion auftretende Diurese. Die Wirkung auf den Blutdruck beruht vielleicht auch auf einem direkten Einfluß der Substanz auf das chromaffine System.

Zahlreiche Versuche brachten Aufschluß über die Einwirkung des Mittels auf den Stoffwechsel. Es ergab sich meist eine Zunahme des Sauerstoffverbrauchs. Bei Gicht war die Wirkung eine prompte im Sinne einer vermehrten Harnsäureausscheidung. Der Einfluß des Präparates auf das tryptische Ferment war ein negativer, auf das glykolytische ein unerheblicher. Auf einen Spindelzellentumor hatte das Mittel erst einen verzögernden, dann einen geringen bessernden Einfluß ausgeübt. Auffällig war die Wirkung auf das lymphadenoide System. In einem Rezidiv von Leukämie fiel schon die Zahl der Leukocyten von 180 000 auf 166 000 und die Milz wurde ganz beträchtlich reduziert.

In einem anderen Falle sank die Leukocytenzahl von 110 000 auf 2550. Bei Gesunden war diese Wirkung nicht zu beobachten. Die Ausscheidung des Mittels erfolgt erst durch den Darm, dann durch den Harn, zum geringen Teil durch den Schweiß. Das Mittel kann eingeatmet, getrunken und intravenös injiziert werden. Letzteres ist das wirksamste. Bei subkutaner Applikation entstehen Nekrosen und Geschwüre. Längere Beobachtungen werden noch nötig sein, um den Wert dieser Therapie und ihr reales Maß festzusetzen.

Herr **Max Wolff** berichtet über seine Versuche, die sich auf die Verwendbarkeit von Mesothorium für die Tuberkulose bezogen. Es ergab sich, daß von einer mächtigen baktericiden Wirkung des Mittels selbst in größeren Dosen nicht die Rede sein kann. Bei 3- bis 6 tägiger Einwirkung gelingt es, den Tuberkelbacillus abzutöten; bei 1- bis 2 tägiger Bestrahlung war das Resultat schwankend. Ein abschließendes Urteil läßt sich noch nicht fällen.

Herr **Kraus** betont, daß es sich bei den Versuchen von Plesch um biologische Effekte handelt, die unseren Horizont in beträchtlicher Weise erweitern. Sie sind dazu angetan, die Radiumtherapie aus ihrer bisherigen einseitigen Richtung herauszuführen. Um zu neuen Resultaten zu kommen, war es notwendig, die Dosen zu vergrößern. Eklatant war die gewaltige Wirkung der Strahlen auf die Leukämie in den geschilderten zwei Fällen, viel großartiger als bei Anwendung der Röntgenstrahlen. Hier zeigt sich die Grenze für die künftige Anwendung des Präparats. Nach der Injektion zeigen sich profuse Darmentleerungen, so daß man das Mittel aussetzen muß; dann aber vermehrt sich wieder die Zahl der Leukocyten. Aehnlich ist es bei der Gicht. Neu sind auch die Versuche Pleschs bezüglich der Einwirkung des Mittels auf den Kreislauf, die Tatsache, daß der pathologisch erhöhte Blutdruck in erheblicher Weise und für eine längere Zeit herabgesetzt wird.

Herr **Plesch** demonstriert Atmungs- und Blutdruckkurven seiner mit Mesothorium behandelten Patienten.

Herr **Falk** berichtet über seine Versuche mit γ-Strahlen hinsichtlich ihrer Wirkung auf die menschlichen Gewebe.

Herr **Meidner** hat mit Radium- und Thoriumpräparaten bei bösartigen Geschwülsten keinen Erfolg erzielen können.

Britzmann.

IV. Bücherschau.

Die Behandlung der Syphilis mit Dioxydiamidoarsenobenzol. II. Band: Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie in Beziehung zur Pathogenese und Heilung der Syphilis. Von San.-Rat Dr. **Wilhelm Wechselmann**, dirigierendem Arzt der dermatologischen Abteilung im Rudolf Virchow-Krankenhause zu Berlin. 131 S. gr. 8° mit 13 Tafeln. Berlin W. 30 1912, Verlag von Oscar Coblentz. Geh. 10 M., geb. 11,50 M.

Seiner Ende 1910 erschienenen ersten Monographie über die Salvarsanbehandlung läßt Wechselmann, der unter den Pionieren der neuen Therapie in der vordersten Reihe

steht, nunmehr als Fortsetzung einen zweiten, etwa gleich starken Band folgen, in welchem er auf Grund der seit jener Zeit gesammelten weiteren Erfahrungen ein Bild von dem gegenwärtigen Stande der Salvarsantherapie zu zeichnen unternimmt. Verf., der wie kaum ein zweiter um den Ausbau der Salvarsanbehandlung hinsichtlich der Technik sich verdient gemacht hat, und der außerdem vielleicht über das numerisch größte Material an Salvarsanbehandelten verfügt, war besonders hierzu berufen, und wir sind ihm zu Dank dafür verpflichtet, daß er sich dieser Aufgabe unterzogen hat. Er berücksichtigt dabei nicht nur seine eigenen Erfahrungen, sondern auch die in der Literatur niedergelegten Resultate anderer maßgebender Autoren. Was den Inhalt der Monographie im einzelnen anlangt, so bespricht Verf. zunächst die Technik der Salvarsaninjektionen, insbesondere der intravenösen. Er stellt die von ihm schon früher veröffentlichten Vorschriften bezüglich derselben noch einmal zusammen. Wie man weiß, ist die peinliche Befolgung der von W. gegebenen Anweisungen besonders hinsichtlich der einwandfreien Beschaffenheit des zur Herstellung der Lösungen benutzten destillierten Wassers notwendig, um die Nebenwirkungen und Reaktionen unmittelbar nach der Injektion nach Möglichkeit auszuschalten. Sodann erörtert W. in eingehendster Weise die Frage der „Neurorezidive", die im Mittelpunkt der ganzen Salvarsandiskussion steht. Mit Ehrlich und Benario steht er auf dem Standpunkt, daß es sich hierbei nicht um toxische Arsenwirkungen, sondern um Manifestationen der Lues handelt, und er belegt diese Ansicht mit schwerwiegendem Beweismaterial. Zu diesem Zwecke gibt er eine äußerst gründliche Schilderung der Beteiligung des Nervensystems an der syphilitischen Erkrankung schon im Frühstadium; er zieht ausführlich einige von pathologischen Anatomen und Neurologen stammende Arbeiten heran und entwickelt auf Grund derselben, wie man sich die Beteiligung des Zentralnervensystems an der Syphilis in den ersten Stadien der Erkrankung vorzustellen hat. Zum Schluß bespricht W. die Frage, ob wir imstande sind, die Syphilis mit Salvarsan allein, d. h. ohne Hg und Jod, definitiv zu heilen; er hält dies für durchaus möglich, wenn auch zurzeit noch nicht streng bewiesen, und gibt ein Schema einer reinen Salvarsanbehandlung, welche nach seiner Ansicht dieses Ziel erreichen dürfte. Bei der von Verf. vorgeschlagenen Methode der reinen Salvarsanbehandlung sind in bestimmten Intervallen intravenöse Salvarsaninjektionen vorzunehmen, immer unter Kontrolle der Wassermannschen Reaktion, ferner unter Berücksichtigung der Beschaffenheit des Lumbalpunktats. Nur auf diese Weise wird man nach Wechselmanns Meinung das Ziel der Sterilisatio magna, der völligen Heilung der Syphilis, erreichen. — In bezug auf alle Einzelheiten müssen wir auf das Werk selbst verweisen, dessen genaues Studium für jeden Arzt unerläßlich ist, der sich mit der modernen Syphilistherapie vertraut machen will. — Zum Schluß sei der vornehmen Ausstattung der Monographie, besonders der vortrefflich ausgeführten, instruktiven Tafeln gedacht.

Leberkrankheiten. Von Dr. **F. Schilling**, Spezialarzt für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten in Leipzig. München 1911, Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin). 42 S. 1,20 M.

Die kleine Monographie stellt gewissermaßen einen Ausschnitt aus einem kurzgefaßten Lehrbuch der inneren Medizin dar. Der Verfasser referiert zunächst über die wichtigsten Tatsachen aus der Physiologie der Leber, wobei er auch die neueren Forschungsergebnisse berücksichtigt, und gibt darauf einen gedrängten Ueberblick über die Krankheiten der Leber einschließlich ihrer Therapie. Hierbei nimmt Verf. gelegentlich Veranlassung, auf eigene Erfahrungen hinzuweisen. Die Schrift wird wohl nur denjenigen Kollegen neues bringen, die nicht im Besitze moderner Darstellungen der inneren Medizin sind. In diesem Sinne wird die Schrift als Ergänzung veralteter Kompendien von manchem mit Nutzen gelesen werden. Im übrigen bestand wohl kein dringendes Bedürfnis für die Publikation. Einige störende Druckfehler finden sich, z. B. steht an zwei Stellen Hepatose statt Hepatoptose.

Der muskuläre Kopfschmerz. Von Dr. **A. Müller** (M.-Gladbach). Mit 5 Abbildungen. Leipzig 1911, Verlag von F. C. W. Vogel. 92 S. 2,75 M.

Schon von verschiedenen Neurologen wurde darauf hingewiesen, daß gewisse Arten des Kopfschmerzes nicht eigentlich nervöser Natur sind, sondern daß sie ihre Ursache in fühlbaren Muskelveränderungen haben und daß sie nur durch Behandlung dieser Muskelveränderungen mit Massage beseitigt werden können. Andere sprechen in diesem Sinne nur von Myalgien und richten ihre Therapie gegen diese. Der Verf. der vorliegenden Monographie geht viel weiter. Für ihn ist geradezu jeder Kopfschmerz, der nicht durch eine organische Nervenerkrankung verursacht ist, muskulärer Natur, d. h. durch einen Hypertonus der Hals- und Nackenmuskulatur bedingt. Diesem Hypertonus aber liegt nach Verf. eine symptomlose Arthritis der zugehörigen Gelenke zugrunde, wie der Muskelrheumatismus ebenfalls immer durch einen latenten Gelenkprozeß hervorgerufen ist. Somit ist nach Verf. jeder nicht organisch bedingte Kopfschmerz ein versteckter, ein larvierter Rheumatismus des Halses und Nackens. Daß dieser dem Kopfschmerz zugrunde liegende muskuläre Hypertonus bisher übersehen wurde, erklärt Verf. mit der fehlerhaften üblichen Palpations- und Massagetechnik. Er selbst schreibt vor, bei vollständig feuchter Haut zu palpieren und zu massieren; als bestes Schmiermittel für die Haut empfiehlt er eine 5proz. Abkochung von Carragheen. Außerdem muß die Untersuchung bei horizontaler Seitenlage des Patienten vorgenommen werden. — Ferner behauptet Verfasser, daß es sich nicht um eine Lokalerkrankung einzelner Muskelgruppen, sondern um eine Systemerkrankung der Muskulatur als eines einheitlichen Organs handelt, eine Systemerkrankung, die ihren höchsten Grad in den Muskeln des Halses, Nackens und Kopfes erreicht, deren Grundsymptom nicht Schwielen- und Knotenbildung, sondern vermehrte Spannung ist. Verf. schildert mit vielem Aufwand von Phantasie, wie sich die mannigfachen Begleitsymptome des Kopfschmerzes und dieser selbst aus dem Hypertonus der Muskulatur erklären lassen, in welcher Weise dieser auf die Blutgefäße und Lymphbahnen des Kopfes wirkt usw. Ob die Theorie des Verfassers einer strengen Kritik standhalten wird, bleibe dahingestellt. Einwendungen lassen sich genug gegen seine Deduktionen erheben. — Als kausale Therapie des muskulären Kopfschmerzes lehrt Verf. die methodische Massagebehandlung; er setzt die allgemeinen Grundsätze auseinander, nach denen er dieselbe ausübt, ohne jedoch die Technik im einzelnen zu beschreiben. Den Kollegen, die sich ein selbständiges Urteil über die von Verf. aufgestellte Theorie des muskulären Kopfschmerzes bilden wollen, kann die Lektüre der vorliegenden durchaus wissenschaftlich gehaltenen Schrift nur empfohlen werden. R. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. In der Sitzung des Preußischen Abgeordnetenhauses vom 28. März d. J. wurde ein vom Abgeordneten Eickhoff angeregter Antrag betr. Einführung von **Lehrstühlen für soziale Medizin** beraten. Der Antrag wurde schließlich der Unterrichtskommission zur weiteren Vorberatung überwiesen. Der Vertreter der Regierung verhielt sich — unseres Erachtens mit vollem Recht — dem Antrage gegenüber durchaus ablehnend. Er führte sehr richtig aus, daß die Gegenstände, die man unter dem Namen soziale Medizin zusammenfasse, sich in einen materiell-medizinischen und einen formaljuristischen Teil sondern; der erstere werde bereits bei dem Unterricht in den klinischen Fächern, der Toxikologie, der Hygiene und der forensischen Medizin abgehandelt, der letztere werde schon jetzt in Spezialvorlesungen behandelt, die auch den Medizinern zugänglich seien. Wir fügen hinzu, daß man, wie es alle älteren Aerzte tun mußten, die letzteren Kenntnisse sehr gut sich auch aus Büchern aneignen kann, daß jedoch für die meisten Aerzte die detaillierte Beherrschung der modernen Versicherungsgesetzgebung solange ziemlich nutzlos bleiben muß, als ihnen gerade durch diese Gesetzgebung das Feld freier Berufsbetätigung mehr und mehr eingeengt wird. Darum hat vorläufig das Gros der gegenwärtigen und künftigen Aerzte nicht das geringste Interesse an der Errichtung von Lehrstühlen für soziale Medizin.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Regierungsrat Dr. med. Ludwig Haendel, Mitglied des kaiserlichen Gesundheitsamtes, hat den Professortitel erhalten.

— Der Abteilungsvorsteher am Institut für Infektionskrankheiten Prof. Dr. Otto Lentz ist zum Direktor des neu zu errichtenden Hygienischen Instituts in Saarbrücken ernannt worden.

— Oberarzt Dr. Wilhelm Grüder, Chefarzt des Garnisonlazaretts Tempelhof, ist im Alter von 45 Jahren an einer Blutvergiftung gestorben, die er sich bei Ausführung einer Obduktion zugezogen hatte.

— Als Nachfolger des in Tripolis verstorbenen Prof. Albert Schütze ist Prof. Dr. Ulrich Friedemann, zurzeit Assistent am Institut für Infektionskrankheiten, zum Bakteriologen des Krankenhauses Moabit gewählt worden.

Greifswald. Dr. Sophie Herzberg ist als Assistenzärztin an der Universitätsfrauenklinik angestellt worden.

Königsberg i. Pr. Der Privatdozent der Augenheilkunde in Göttingen Prof. Dr. Fr. Schieck ist als Nachfolger des nach Berlin gehenden Prof. Krückmann zum ordentlichen Professor der Ophthalmologie an der hiesigen Universität ernannt worden.

Kiel. In Berichtigung der von uns in No. 13 S. 172 gebrachten Nachricht wird jetzt mitgeteilt, daß Dr. Wehrsig,

zurzeit Prosektor am Wenzel-Hanckeschen Krankenhause in Breslau, zum Prosektor am hiesigen städtischen Krankenhause gewählt ist.

Düsseldorf. Der außerordentliche Professor der Gynäkologie und Geburtshilfe Dr. O. Pankow in Freiburg i. B. ist als Nachfolger von Prof. Opitz als Direktor der Frauenklinik an die hiesige Akademie für praktische Medizin berufen worden.

Jena. Der Privatdozent Dr. Gustav Hesse, Leiter der Zahnklinik, und der Privatdozent der Gynäkologie Dr. Wilhelm Busse sind zu außerordentlichen Professoren ernannt worden.

Freiburg i. B. Prof. Martin Hahn in Königsberg i. Pr. hat den Ruf als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden Professors der Hygiene Schottelius angenommen.

Baden-Baden. Prof. Dr. Fritz Frankenhäuser, bisher Privatdozent der inneren Medizin in Berlin, bekannt durch seine Arbeiten über medizinische Physik und Klimatologie, hat sich hierselbst als Kurarzt niedergelassen.

Karlsbad. Dem bekannten Gallensteinchirurgen Primararzt Dr. Fr. Fink ist der Adel verliehen worden.

Zürich. Zu ordentlichen Professoren wurden befördert die bisherigen Extraordinarien Prof. Dr. Zangger (gerichtliche Medizin) und Prof. Dr. E. Feer (Pädiatrie).

Kiew. Der emeritierte Professor der Augenheilkunde Dr. M. Mandelstamm, der sich seinerzeit noch unter direkter Leitung von Helmholtz in der physiologischen Optik ausbildete, ist im Alter von 74 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Heidelberg. Der **39. Kongreß des ophthalmologischen Gesellschaft** findet hierselbst am 3., 4. und 5. August 1912 statt.

Hannover. Die 21. Versammlung der **Deutschen Otologischen Gesellschaft** findet am 23. und 24. Mai in Hannover statt. Näheres durch San.-Rat Panse, Dresden N., Hauptstraße 32/I.

München. Die Jahresversammlung **bayerischer Psychiater** findet am 29. und 30. Juni 1912 in Regensburg und Wöllershof bei Neustadt a. d. Waldnaab statt. Referat: Psychiatrische Jugendfürsorge. Referenten: Prof. Dr. Gudden und Priv.-Doz. Dr. Isserlin (München). Am 29. Juni Sitzungen in Regensburg, am 30. Juni Besichtigung der neueröffneten zweiten oberpfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Wöllershof. Anmeldungen von Vorträgen bis 31. Mai erbeten an Prof. Alzheimer, München, Nußbaumstr. 7, oder Med.-Rat Vocke, Eglfing bei München.

Gerichtliches.

Leipzig. In einer einen Arzt betreffenden **Haftpflichtsache** hat das Reichsgericht durch Urteil vom 12. März d. J. entschieden. Der Arzt hatte bei Entfernung von Eiresten nach einer Fehlgeburt den Uterus der Patientin an zwei Stellen durchstoßen; die Frau war der dadurch entstandenen Perforationsperitonitis erlegen. Der hinterbliebene Ehemann klagte für sich und seine minderjährigen Kinder beim Landgericht Cöln auf Schadenersatz. Drei Sachverständige führten übereinstimmend aus, daß auch dem geübtesten und vorsichtigsten Arzt gelegentlich ein solcher Fehler zustoßen könne und daß schon eine der beiden Perforationen den Tod der Patientin hätte herbeiführen können. Daraufhin wies das Landgericht die Klage ab; das Oberlandesgericht Cöln erkannte jedoch den Anspruch des Klägers und seiner Kinder auf Entschädigung als berechtigt an und die hiergegen eingelegte Revision wurde vom Reichsgericht jetzt abgewiesen.

Dresden. Wegen **fahrlässiger Körperverletzung** bei Ausübung ihres Berufes wurde kürzlich eine Baunscheidtistin vom hiesigen Landgericht zu vier Monaten Gefängnis verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Die vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen im bevorstehenden Sommersemester in Berlin veranstalteten unentgeltlichen **Fortbildungskurse und -vorträge***) enthalten zum erstenmal einen Zyklus mit praktischen Uebungen, der das Gesamtgebiet der **„Aerztlichen Technik“** (Fortschritte in den wichtigsten technischen Maßnahmen der ärztlichen Praxis) umfaßt. Der Zyklus weist folgende Vorträge (V.), praktische Uebungen in Gruppe (U.), Besichtigungen (B.) und Demonstrationen (D.) auf: A. Allgemeiner Teil. I. Aerztliche Technologie. 1. (V.) Bedeutung der Technik für den Arzt (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Gumprecht [Weimar]). 2. (D.) Demonstration technischer Instrumente im Kaiserin Friedrich-Hause (Ob.-St.-A. Dr. von Tobold gemeinsam mit Dr. Lowin), 3. (V. u. B.) Das Wesen der ärztlich-technischen Industrie, mit Besichtigung eines medizinisch-industriellen Fabrikbetriebes (Ob.-St.-A. Dr. von Tobold gemeinsam mit den Herren G. und M. Windler). II. Allgemeine diagnostisch-therapeutische Maßnahmen der ärztlichen Technik (einschließlich Krankenpflege). 1. (U.) Uebungen in den Encheiresen der täglichen Praxis: a) Subkutane und intramuskuläre Injektion, Infusion, Klysmen, Aderlaß, Schröpfkopf; b) Entnahme von Untersuchungsmaterial (Harn, Blut, Fäces, Sputum usw.); c) Krankenpflege im allgemeinen, Diätetik, Lagerung des Kranken usw. (Geh Med.-Rat Prof. Dr. His, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus, Prof. Dr. Strauss, Prof. Dr. Zinn). 2. (D.) Demonstration von Hilfsmitteln der modernen Krankenpflege (Dr. P. Jacobsohn, Geh. San.-Rat Prof. Dr. G. Meyer, Prof. Dr. Salzwedel). III. Aus der chirurgischen Technik. 1. (V. u. U.) Ueber lokale Anästhesie und Narkose (mit Uebungen); 2. (V. u. U.) Asepsis und Behandlung der frischen Wunde [mit Uebungen] (Priv.-Doz. Dr. Axhausen, Prof. Dr. Bockenheimer, Prof. Dr. Borchardt, Dr. Braun, Dr. Mühsam, Prof. Dr. Neumann, Prof. Dr. Schmieden). 3. (V. u. U.) Technik und Indikationen der Saug- und Stauungsbehandlung (Prof. Dr. Klapp). 4. (V.) Die technischen Maßnahmen bei Schädigungen durch Frost und Hitze, einschließl. Verbrennung durch elektrischen Strom (Geh. San.-Rat Prof. Dr. Rotter). IV. Oeffentlicher Krankentransport und Rettungswesen. 1. (V. u. B.) Die Hilfsmittel des modernen Krankentransportwesens, mit Besichtigung der Krankentransportzentrale (Dr. E. Joseph); 2. (V.) Die Gesetzgebung in Beziehung zur ärztlichen Hilfeleistung, insbesondere bei Nothilfe (Geh. San.-Rat Dr. Alexander); 3. (V. u. D.) Organisation und Aufgaben des Rettungswesens (Geh. San.-Rat Prof. Dr. G. Meyer). B. Spezieller Teil. I. Nervensystem und Sinnesorgane. 1. (U.) Elektrotherapeutische Technik (Priv.-Doz. Dr. Cassierer, San.-Rat Dr. Kron, Dr. K. Mendel, Dr. Placzek) 2. (V.) Bewußtseinsstörungen, Ohnmacht, Kollaps, Gehirnerschütterung (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Goldscheider). 3. (V.) Psychische Erkrankungen, insbesondere Tobsucht [und Verhalten des Arztes bei der Ueberführung von Kranken in geschlossene Anstalten] (Geh. Med.-Rat Dr. Leppmann). II. Zirkulations- und Atmungsorgane. 1. (U.) Uebungen in der Auskultation und Perkussion [mit besonderer Berücksichtigung der neueren Hilfsmethoden] (Geh Med.-Rat Prof. Dr. His, Prof. Dr. F. Klemperer, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus, Prof. Dr. Rosin). 2. (V. u. U.) Künstliche Atmung, mit Demonstrationen und Uebungen in der Technik der künstlichen Atmung [einschließlich Sauerstoffapparate usw.] (Geh. San.-Rat Prof. Dr. G. Meyer). 3. (V.) Kardiale und bronchiale Atmungsstörungen [Dyspnoe, Asthma, Angina usw.] (Prof. Dr. Nicolai). 4. (V.) Lungenblutungen (Prof. Dr. Umber). 5. (V. u. U.) Fremdkörper in Nase, Ohr und Atmungswegen, Nasenbluten [mit Uebungen der Entfernung der Fremdkörper und der Tamponade] (Dr. A. Bruck, Prof. Dr. Brühl mit Dr. Wolff, Prof. Dr. Herzfeld, Geh. San-Rat Dr. Heymann, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Killian, Prof. Dr. Edm. Meyer). 6. (V. u. U.) Indikation und Technik der Tracheotomie [mit Uebungen an der Leiche]. 7. (V. u. U.) Die Stillung von Blutungen aus großen Gefäßen [mit prakt. Uebungen, z. T. an der Leiche] (Prof. Dr. Bockenheimer, Dr. Braun, Prof. Dr. Kausch). III. Verdauungsapparat. 1. (V.) Verhalten bei akuten abdominellen Erkrankungen [Blutungen, Verlagerung, Verschluß usw.] Prof. Dr. Boas). 2. (V.) Ueber die Behandlung der Hernien (Geh. San.-Rat Prof. Dr. Körte). 3. (V. u. U) Vergiftungen [mit Uebungen in der Einführung der Magensonde und Magenspülung] (Prof. Dr. Albu, Prof. Dr. Magnus-Levy, Prof. Dr. Stadelmann, Prof. Dr. Strauss). IV. Harnapparat und Sexualorgane. 1. (V. u. U.) Harnverhaltung und Blutungen aus dem Harnapparat [mit Uebungen im Katheterismus] (Prof. Dr. Casper, Dr. J. Cohn, Dr. Freudenberg, Prof. Dr. R. Kutner gemeinsam mit Dr. Schwenk, San.-Rat Dr. Wossidlo). 2. (V. u. U.) Blutungen aus dem Sexualapparat der Frau [mit Uebungen und Demonstrationen] (Dr. Abel, Prof. Dr. Blumreich, San.-Rat Dr. Bröse, Prof. Dr. Koblanck, Prof. Dr. Mackenrodt, Prof. Dr. Strassmann.) 3. (V. u. U.) Technik der Salvarsanbehandlung (Prof. Dr. Bruhns, Dr. v. Chrismar, Prof. Dr. Heller, Geh. San.-Rat Prof. Dr. Joseph, Dr. Ledermann, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Lesser, San.-Rat Dr. Wechselmann). V. Bewegungsapparat. (V. u. U.) Luxationen und Frakturen [mit Uebungen in Not- und Dauerverbänden] (Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hildebrand, Prof. Dr. Joachimsthal). — Außer dem Zyklus finden nachstehende reguläre Einzelkurse in der bisherigen Weise statt: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Kraus (Innere Medizin), Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Bier (Chirurgie), Prof. Dr. Fromme (Frauenleiden und Geburtshilfe), Prof. Dr. Bendix (Kinderkrankheiten), Dr. C. S. Engel (Klinische Chemie und Mikroskopie), Dr. Peltesohn (Orthopädie und orthopädische Chirurgie), Dr. Tobias (Physikalische Heilmethoden, insbesondere Hydrotherapie und Mechanotherapie), Dr. Hessmann (Röntgenlehre), Dr. Konrad Cohn (Zahnheilkunde), Dr. J. Schmidt (Englische Sprachübungen für Aerzte [in Form freier Vorträge über medizinische Themata]).

*) Vergl. auch die weiter unten (S. 198) folgenden „Bemerkungen usw.“.

Berlin. In der Biologischen Anstalt zu Dahlem werden von dem Vorsteher des bakteriologischen Laboratoriums, Regierungsrat Dr. Maassen, in diesem Jahre wiederum zur Ausbildung von Sachverständigen für Bienenkrankheiten zweiwöchige, gebührenfreie bakteriologische Lehrkurse über die **Infektionskrankheiten der Bienen** abgehalten, an denen Naturwissenschaftler (Mediziner, Tierärzte, Nahrungsmittelchemiker, Lehrer usw.) teilnehmen können, die in der Bienenwirtschaft erfahren sind. Der erste Kursus findet vom 29. April bis zum 11. Mai statt. Nach Bedarf werden weitere Lehrkurse eingerichtet. Anmeldungen sind zu richten an den Direktor der Kaiserl. Biologischen Anstalt für Land- und Forstwirtschaft in Berlin-Dahlem (Post Steglitz), Königin-Luisestraße 19.

— Seitdem die Kenntnis von der toxischen Wirkung des **Methylalkohols** in weitere Kreise gedrungen ist, beginnen die zuständigen Behörden systematisch den verschiedenen Anwendungen dieser Flüssigkeit ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden. So hat kürzlich der preußische Minister des Innern einen Runderlaß an die Regierungspräsidenten ergehen lassen, der sich mit der Anwendung des Methylalkohols bei einer bestimmten Art von Wärmflaschen beschäftigt. Bei diesen wird die Wärme durch Vorbeistreichen von verdunstendem Methylalkohol über Platinschwamm erzeugt. Bei Kranken, die solche Wärmebüchsen benutzen, sollen häufig Kopfschmerzen aufgetreten sein. Der Erlaß des Ministers fordert von den Regierungen Berichte über derartige Beobachtungen ein.

Mannheim. Der hiesige Ortsgesundheitsrat hat unter dem 14. März folgende **Warnung** vor dem Visnervin der Firma Dr. Arthur Erhard, G. m. b. H., erlassen:

„Die Firma Dr. Arthur Erhard, G. m. b. H., in Berlin versendet gegenwärtig wieder an die hiesige Einwohnerschaft Prospekte, in denen in aufdringlicher Weise das sogenannte „Nervennährmittel Visnervin" angepriesen wird. Der Ortsgesundheitsrat Mannheim und zahlreiche andere Behörden haben schon wiederholt vor dem Ankauf des Mittels gewarnt, weil es nach behördlichen Untersuchungen die ihm zugeschriebenen Wirkungen nicht besitzt.

Wir warnen wiederholt vor dem Bezug des „Visnervin"."

Am gleichen Tage hat dieselbe Mannheimer Behörde nachstehende Bekanntmachung, betreffend die **Kurpfuscherei und den Geheimmittelschwindel**, erlassen:

„Die vom hiesigen Ortsgesundheitsrat auf dem Gebiete der Bekämpfung der Kurpfuscherei und des Geheimmittelschwindels entfaltete Tätigkeit hat die erfreuliche Wirkung gehabt, daß öffentliche Anpreisungen von Geheim-Mitteln etc. seltener geworden sind. Statt dessen ist aber jetzt wahrzunehmen, daß durch direkte Zusendung von Prospekten und Broschüren die Einwohnerschaft zum Kauf solcher Mittel verleitet werden soll.

Wir ersuchen die Empfänger von Reklameschriften, mit denen Geheimmittel empfohlen werden, solche dem Ortsgesundheitsrat zur Prüfung einzusenden."

Dresden. Frl. Dr. v. Babo ist als **Schulärztin** für das Lehrerinnenseminar und die damit verbundene höhere Töchterschule angestellt worden.

Krakau. Die Sekundärärztin Dr. Helene Sikorska wurde beauftragt, an der Lehrerinnenbildungsanstalt in Somatologie und **Schulhygiene** zu unterrichten.

Zürich. Der Kantonsrat hat folgenden Antrag angenommen: „Wer **Geheimmittel** oder medizinische Spezialitäten ohne Bewilligung der Gesundheitsdirektion vertreibt oder zu vertreiben sucht, ist strafbar. Ankündigungen durch die Mittel der Druckerpresse sind strafbar, wenn die Geheimmittel oder medizinischen Spezialitäten von der Gesundheitsdirektion verboten sind." — Ein Gesetz, das sich, verglichen mit dem im Deutschen Reiche auf diesem Gebiete zurzeit geltenden Rechte, jedenfalls durch erfreuliche Klarheit auszeichnet.

Bemerkungen für die Teilnehmer

an den vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen veranstalteten Kursen.

Bemerkungen für die Teilnehmer.

1. Berechtigung zur Teilnahme.

Zur Teilnahme an den Fortbildungskursen und an dem Zyklus (Aerztliche Technik) ist jeder Arzt des Stadtkreises Berlin und der Provinz Brandenburg gegen Lösung nicht übertragbarer Karten berechtigt. Jede Karte gilt für einen einzelnen Fortbildungskurs oder für den gesamten Zyklus (Aerztliche Technik) und wird gegen eine Einschreibegebühr von je 2 M. verabfolgt. Diese Einschreibegebühr wird, sofern die Karte aus irgendwelchen Gründen unbenutzt bleibt, nicht zurückerstattet.

2. Art der Meldung.

Die Karten sowie die Verzeichnisse der Fortbildungskurse sind im Bureau des Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen (Schalter für Kartenausgabe) zu erhalten, wo auch Auskunft über die Kurse erteilt wird (nur schriftlich, oder wochentäglich 9—2 Uhr persönlich).

Schriftlichen Bestellungen ist ein frankiertes Couvert mit der Adresse des Bestellers und die Einschreibegebühr für die gewünschten Karten beizufügen (nicht in Metallgeld im Couvert). Alle schriftlichen Bestellungen und Postanweisungen sind zu richten: An das Kaiserin Friedrich-Haus (Kasse), NW. 6, Luisenplatz 2—4.

Persönliche Meldungen werden wochentäglich von 9 Uhr vormittags bis 2 Uhr nachmittags angenommen. Hierbei ist ein offenes frankiertes Couvert abzugeben, welches mit der Adresse des Bestellers versehen ist und die schriftliche Bestellung enthält; zugleich ist die Einschreibegebühr zu erlegen.

Telephonische Bestellungen von Karten und Verzeichnissen können nicht berücksichtigt werden.

3. Art der Kartenausgabe.

Die Teilnehmerkarten gelangen vom 10. April an täglich nach Schalterschluß zur Versendung. Sofern bis zum täglichen Schalterschluß (2 Uhr) für einen Kurs mehr Meldungen eingegangen sind, als Plätze zur Verfügung stehen, werden die zulässigen Teilnehmer durch das Los bestimmt. Die Uebrigbleibenden werden für dieselbe Disziplin des nächsten Kurszyklus vorgemerkt und erhalten die Einschreibegebühr zurück.

4. Zuschriften für das Zentralkomitee.

Alle Zuschriften sind zu richten an das: Bureau des Zentralkomitees, NW. 6, Luisenplatz 2—4 (Kaiserin Friedrich-Haus für das ärztliche Fortbildungswesen).

Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen.

W. Waldeyer, Vorsitzender. R. Kutner, Generalsekretär.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Verzogen: Dr. Hinsch von Elversberg nach Frauenwaldau, A. Rudolph von Neudorf nach Königsbrunn, Dr. Strauss von Groß-Wartenberg nach Hoyerswerda, O. Nieber von Gleiwitz nach Charlottenburg, Dr. Zunft von Preiswitz nach Tarnowitz, R. Asch von Kattowitz nach Oppeln, Dr. Spill von Idaweiche nach Kattowitz, R. Welzel von Neudorf nach Bielschowitz, L. Wechselmann von Weißensee nach Kattowitz, Assistenzarzt Weyler von Duisburg nach Oppeln, F. Piotrowski von Kieren nach Ellguth, Dr. Riemann von Mikultschütz nach Emmagrube.

(Ende des redaktionellen Teils.)

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.



LIPOJODIN

MARKE „CIBA“

(Dijodbrassidinsäureäthylester 41 % Jod).

Den neueren pharmakologischen und klinisch-experimentellen Forderungen entsprechendes

neuro=, lipo= und damit polytropes, geschmackloses Jodpräparat.

Keine Magen- und Darmstörungen :: Kein Jodismus in therapeut. Dosen.

——— Klinisch sehr gute Resultate. ———

Dosierung: Täglich 1 bis 3 Tabletten, gut zerkaut nach den Hauptmahlzeiten.

Rp.: $^1/_2$ a) Originalglas mit 20 Tabletten à 0,3 g Lipojodin (Mark 1,90); b) $^1/_2$ Originalglas mit 10 Tabletten à 0,3 g Lipojodin (M. 1,—).

PERISTALTIN

MARKE „CIBA“

Neues wasserlösliches Glykosid aus Cort. Ramni Purshian.

Besitzt die Peristaltik anregende Wirkung der Sagradarinde ohne deren unangenehme Nebenwirkungen.

Per os und subkutan anwendbar.

Indikationen: Chronische Obstipation, Darmatonie, Darmlähmungen nach Laparotomien usw. :: Kann dauernd ohne Angewöhnung genommen werden.

Dosierung: Per os: 2 bis 3 Tabletten à 0,05 g Peristaltin pro die, allmählich zurückgehend auf 1—$^1/_2$ Tablette.
Subkutan: 1 Ampulle à 0,5 g Peristaltin. pur.

Rp.: 1 Originalröhrchen mit 20 Tabletten Peristaltin. (M. 1).

Rp.: 1 Originalschachtel mit 1 Ampulle Peristaltin. pur. (M. 1); (auch in Originalschachteln mit 5 und 20 Ampullen erhältlich).

Muster und Literatur kostenfrei.

Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel Pharmazeutische :: Abteilung ::

Adresse für Deutschland und Oesterreich: Leopoldshöhe (Baden).

BIOCITIN

das vollkommenste Lecithin-Präparat der Gegenwart

Hochprozentig · Physiologisch rein · Wohlschmeckend.

Indikationen:

Nervosität, Neurasthenie, psychische Ermüdungszustände, Impotenz, Rachitis, Arteriosklerose, skrofulöse Diathese, Osteomalacie, Unterernährung (auf der Basis von Tuberkulose, Karzinom, Diabetes etc.), Ulcus ventriculi, Anämie und Chlorose, besonders Schüleranämie und die Anämie der Pubertät.

═══ Proben und Literatur bereitwilligst ═══

Biocitin-Fabrik G.m.b.H., Berlin S.61

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang Berlin, 20. April 1912 No. 16

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Kola-„Monavon“

ein erprobtes, unschädliches Antineuralgium, Stimulans und Roborans

speziell bei cerebraler und cardialer Neurasthenie, nervösen und anämischen Erschöpfungszuständen.

Laboratoires Réunis Monavon & Vacheron Ste. Foy-Lès-Lyon.

Die **Kolanuß** gehört zu jenen Naturprodukten, welche den Wilden als Genußmittel dienen. Wie die Cocablätter hält sie der Afrikaner stundenlang kauend im Mund und lobt ihre stärkende und belebende, Hunger und Müdigkeit verscheuchende und Verdauung befördernde Wirkung. Die Kolanuß enthält 2—2,5 % Coffeïn (Kaffee nur 0,5—1 %), 0,01 Theobromin, außerdem Stärke, Tannin, Cellulose und einen eigenartigen Farbstoff, das **Kolarot.**

Die physiologischen Untersuchungen ergaben, daß der Genuß der Kolafrucht deutliche Erhöhung des Blutdrucks und Verlangsamung des Pulses, somit eine Erhöhung des Blutstromgefälles, sowie eine Steigerung der Anspruchsfähigkeit und Leistungsfähigkeit von Muskeln und Nerven verursacht. Gleichzeitig läßt sich eine Verminderung der Stickstoff- und Phosphorausscheidung feststellen. Danach ist die Kolanuß als ein Tonicum und Regulans für das Herz und ein Mittel zur Beförderung der Zirkulation, ein Stimulans für Nerven und Muskeln und ein Sparmittel für Körpereiweiß anzusehen.

Man ist nun leicht geneigt, die Wirkung der Kolanuß auf ihr Coffeïn zu beziehen und so zu begrenzen. Und doch ist schon vom Kaffee bekannt, daß sein von Coffeïn befreites Infus im Tierexperiment noch giftig wirkt. Ebenso wissen wir von den zahlreichen bekannten Pflanzenalcaloïden, daß sie immer nur einer Teilwirkung der Muttersubstanz repräsentieren. Bei der Kolanuß gelang es direkt durch Experimente mit einem seiner Bestandteile, dem Kolarot, zu erweisen, daß dessen Wirkung größer und andersartig ist als die des einfachen Coffeïns. Wenn man nämlich dem Kolarot sein Coffeïn entzieht und das coffeïnbefreite Material mit saurer Lösung behandelt, so entwickelt sich wiederum neues Coffeïn.

Es ist vielleicht dieses im sauren Magensaft durch längere Zeit allmählich sich neu bildende und in statu nascendi wirksame Coffeïn, dem die Eigenart der Kolarotwirkung zuzuschreiben ist, die darin besteht, daß die dadurch angespannte Energie, wie der Ergograph ausweist, langsamer abklingt und länger anhält als dies sonst nach Verabreichung einer Coffeïndose der Fall ist.

Die therapeutische Verwendung der Kolanuß beruht auf ihren oben skizzierten physiologischen Wirkungen.

Hieraus ergeben sich als Indikationen für die Kolanuß:

1. **Neuralgien, Migraine, Kopfschmerzen.**
   Es ist wahrscheinlich, daß die Einwirkung auf die Blutgefäße hier eine Rolle spielt. Es kommt wohl auch noch eine spezifisch antineuralgische Wirkung hinzu. Jedenfalls ist empirisch die antineuralgische Wirkung des Coffeïns sicher festgestellt und allgemein bekannt.
2. **Cerebrale Neurasthenie und Herzneurosen,**
   gekennzeichnet durch Kopfdruck, Schwindel, Schwere, Eingenommensein des Kopfes und das quälende Herzgefühl oder sonstigen Paraesthesieen im Gehirn oder Herz. Auch hier dürfte es sich ätiologisch um eine mit gesteigerter Sensibilität verbundene Zirkulationsstörung auf der Gehirnoberfläche oder im Herzmuskel handeln. Die gebesserte Zirkulation in der Schädelhöhle und geregelte Durchblutung des Herzmuskels wird es wohl sein, worauf hier die therapeutische Wirkung der Kolanuß sich gründet.
3. **Anämische u. chlorotische Atonie, und neurasthenische Erschöpfung und Gemütsdepression.**
   Hier wirkt wiederum die Kola teils als zirkulationsförderndes Agens, teils als allgemeines Stimulans und Tonicum sowie als kraftsparendes Roborans.
4. **Dyseptische Verdauungsstörungen.**
   Die Kola wirkt ähnlich wie der Kaffee: appetitanregend, die Verdauung erleichternd und antidiarrhoisch wie Kakao.

Es gibt 14 Kolanußsorten. Die günstige Auswahl des Rohmaterials ist ausschlaggebend für die Güte und Wirkung des Präparates. Wie beim Kaffee gehört hierzu eine durch reiche Erfahrung geübte Kennerschaft, wie sie die Firma Monavon & Vacheron sich erworben hat.

Kola-Monavon ist in drei Formen in den Apotheken erhältlich:

1. **Kola granulé, Monavon.** Preis Mk. **4.—**. Die hirsekerngroßen Zuckerkörnchen sind mit Kola-Extrakt gleichmäßig überzogen, und in Wasser vollständig löslich. — Dose: 2—4 mal täglich 1 Kaffeelöffel in Tee, Kaffee, Wasser etc.
2. **Kola-Elixir Monavon** (Likör). Preis Mk. **5.—** per Flasche
   mit echtem Weindestillat hergestellt, wirkt etwas schneller als die Granulé. — Dose: 2—4 mal täglich 1 Kaffeelöffel.
3. **Kola-Wein, Monavon** mit Südwein präpariert. Preis Mk. **4.—**. Dose: 2—4 mal täglich ein Likörgläschen nach den Mahlzeiten.

Literatur und Proben durch Generaldepot für Deutschland:

VIAL & UHLMANN, Inh.: Apoth. E. Rath, FRANKFURT a. M.

81. Jahrgang **Berlin, 20. April 1912** **No. 16**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Prostatahypertrophie.

Vortrag, gehalten im Aerztlichen Standesverein Südwest, Berlin, am 4. April 1912.

Von

Dr. med. **Wilhelm Karo** [Berlin]. *)

M. H.! So klar auch im pathologisch-anatomischen Sinne die Bezeichnung Prostatahypertrophie erscheint, bei dem Versuche, die klinischen Symptome des hierher gehörigen Krankheitsbildes zu analysieren, wird es immer deutlicher, daß die pathologisch-anatomische Diagnose Prostatahypertrophie für das klinische Syndrom durchaus nicht stets maßgebend ist.

Bedingt wird diese Differenz zwischen pathologischer Anatomie und Klinik dadurch, daß der Kliniker unter dem Begriff „Prostatahypertrophie" die verschiedensten funktionellen Blasen- resp. Miktionsstörungen bei älteren Männern zusammenfaßt, vorausgesetzt natürlich, daß andersartige mechanische Störungen, wie Strikturen oder Erkrankungen des Zentralnervensystems, wie Tabes etc., auszuschließen sind. Der Kliniker stellt also gewissermaßen per exclusionem die Diagnose und subsumiert naturgemäß hierunter die verschiedensten pathologisch-anatomischen Befunde.

Um deutlicher zu sein, möchte ich Ihnen als Kontrast das Beispiel der Schilddrüse zitieren.

Hier sind Kropf oder Schilddrüsenhypertrophie Begriffe, die nichts präjudizieren. Erst mit der Bezeichnung Basedow steht ein abgerundetes klinisches Bild vor uns, das aber ganz unabhängig ist von der Existenz einer pathologischen Hypertrophie. Und die Struma wiederum ist eine pathologisch faßbare Einheit. Ebenso ist auch die Atrophie der Schilddrüse in ihrem pathologischen und klinischen Bilde genau charakterisiert.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei der Prostata, und dies hat wohl vor allem seinen Grund in den langsamen Fortschritten, die die physiologische und pathologische Forschung an diesem Organ zu verzeichnen hatte. Ueber die sekretorische Funktion der Prostata liegt zwar schon eine große Summe positiver Daten vor, als feststehend gilt auch heute die innersekretorische Rolle der Prostata, doch gerade in letzterer Beziehung ist vieles noch dunkel. Wir kennen wohl aus Tierversuchen die Beziehungen dieses Organs zum Hoden und nehmen an, daß die Wechselbeziehung zwischen beiden Organen auf einem inneren Sekret beruhen muß. Der Anteil aber, den die Prostata hieran nimmt, ist noch nicht genügend geklärt. Für das Verständnis der Pathologie der Prostata ist aber gerade die Forschung in dieser Richtung äußerst wichtig. Wenn wir die Leiden der Prostatiker richtig würdigen wollen, müssen wir wissen, wie die Involution der Prostata, das Nachlassen ihrer Funktion im Alter, der Ausfall ihres inneren Sekrets auf die Funktion der Harnorgane wirkt. Daß das innere Sekret in der Klinik der Prostataerkrankungen von einiger Bedeutung sein muß, wird durch neue therapeutische Bestrebungen recht wahrscheinlich gemacht. Aber schon die Analyse des pathologisch-klinischen Begriffs Prostatahypertrophie veranlaßt uns, der sekretorischen Funktion der Prostata eine ätiologische Rolle im Krankheitsbilde der Prostatiker zuzuschreiben. Dafür spricht die Tatsache, daß wir es vorwiegend mit einer Alterserscheinung zu tun haben, daß die klinischen Erscheinungen der sogen. Prostatahypertrophie keineswegs immer mit einer wahren Hypertrophie im pathologischen Sinne zusammenhängen, daß ferner auch die Atrophie der Prostata genau das gleiche Symptomenbild hervorrufen kann. Die Symptome der Prostatahypertrophie können sogar bestehen, ohne daß an diesem Organ selbst die geringsten pathologischen Veränderungen nachweisbar wären. Unter diesen Umständen liegt es doch nahe, anzunehmen, daß auch gewisse von uns nicht erkennbare Funktionsstörungen zu den Beschwerden des Prostatikers führen können.

*) Eine ausführlichere Monographie des Verfassers über denselben Gegenstand wird demnächst im Verlage von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, erscheinen. Red.

Die moderne Lehre von der inneren Sekretion liefert uns eine Erklärung hierfür. Nach Starlings Hormontheorie werden von den Drüsen mit innerer Sekretion gewisse Stoffe, Hormone, sezerniert, die als Aktivatoren gewisser Organfunktionen dienen. So produziert die Milz ein Hormon, durch dessen Wirkung die Peristaltik des Darmkanals aktiviert wird. Wir können nun als Analogon hierzu annehmen, daß die Innervation der Blasenmuskulatur und der Urethra unter dem aktivierenden Einflusse eines inneren Prostatasekretes steht. Die Degeneration der Prostata würde dann gewisse Ausfallserscheinungen am Harnapparate zur Folge haben. Auf diese Weise könnten prostatische Beschwerden zustande kommen, ohne daß anatomische Veränderungen vorlägen. Leider lassen sich diese hypothetischen Ausführungen noch nicht durch ein ausreichendes experimentelles Material stützen. Sie erscheinen uns jedoch vorläufig zur Erklärung gewisser sonst unverständlicher Erscheinungen aus der Klinik der Prostataerkrankungen nützlich, und dies um so mehr, als die Therapie weitere Stützen hierfür liefert. Wie wir später sehen werden, sprechen die Erfolge der Organotherapie auf diesem Gebiete durchaus für das Vorhandensein eines inneren Sekretes, das als Hormon auf die Harnfunktion wirkt. Man könnte zwar einwenden, daß der Fortfall der Prostata nicht notwendig Harnstörungen zur Folge habe. Dem ist aber entgegenzuhalten, daß für den Ausfall ein anderes Organ vikariierend eintreten kann. Eine Entscheidung über diese strittigen Fragen ist der Zukunft vorbehalten. Vorläufig aber müssen wir aus dem Vorhergehenden zu dem Standpunkt gelangen, daß die Fälle von Prostatahypertrophie in zwei prinzipiell verschiedene Gruppen zu teilen sind, nämlich 1. in solche, deren Symptome erklärt werden durch das mechanische Hindernis, das die hypertrophierte Prostata der Miktion bietet — Fälle von reiner Hypertrophie im pathologisch-anatomischen Sinne — und 2. in solche Fälle, in denen kein nachweisbares anatomisches Substrat zu finden ist, in denen wir als Ursache des Krankheitsbildes funktionelle Störungen, Störungen in der inneren Sekretion der Prostata, annehmen; für solche Fälle empfiehlt sich die Bezeichnung Prostatismus, statt der irreführenden Benennung Prostatahypertrophie.

Entsprechend dieser unserer Auffassung des Krankheitsbildes ergibt sich nun auch für die Kausaltherapie der Prostatahypertrophie eine Zweiteilung. Für die Fälle von reiner Hypertrophie im pathologisch-anatomischen Sinne kann die Kausaltherapie nur eine chirurgische sein, während für die Fälle von funktionellen Störungen, für die Fälle von Prostatismus, eine spezifisch-konservative Therapie indiziert ist.

Was nun zunächst diese konservative Therapie betrifft, so möchte ich bemerken, daß wir uns mit ihr noch auf Neuland befinden; für das Verständnis derselben erinnere ich nochmals an das Moment des Funktionsausfalls sowie an die eingangs erwähnte Wechselbeziehung zwischen Prostata und Hoden.

Angeregt durch die Forschungen von Starling und Bayliss über die Drüsen mit innerer Sekretion habe ich ein Hodenpräparat, das Testikulin, zur Behandlung des Prostatismus benutzt. Meine Erfolge waren schon bei den ersten Fällen so verblüffend, daß ich meine Versuche immer weiter ausdehnte. Zwei meiner Fälle mögen hier als Beispiele angeführt werden.

Fall 1. Es handelt sich um einen 49 jährigen Mann, der niemals venerisch krank gewesen sein will. Seit 3 Jahren klagt er über häufigen Harnzwang, namentlich des Nachts und gelegentlich über ausstrahlende Schmerzen nach der Glans. Niemals hat eine komplette Retention bestanden. Der Harnstrahl wird schwach projiziert, oft tritt Harnträufeln ein. Bei der ersten Konsultation am 6. September 1910 fand sich kein Residualharn. Eine Striktur war nicht vorhanden. Die Prostata zeigte bei rektaler Untersuchung keine nennenswerte Vergrößerung. Die Cystoskopie ergab eine intakte Blase, Blaseneingang leicht gewölbt (Andeutung von torförmigem Eingang). Die Pars posterior war nicht verlängert. Der Patient mußte 4—5 mal nachts urinieren, am Tage alle 3—5 Stunden. Die Behandlung bestand in wöchentlich drei intraglutäalen Testikulininjektionen. Nach 2 Wochen bereits fühlte sich Patient bedeutend gekräftigt. Die Miktionen kamen des Nachts nur noch 1—2 mal vor, auch die Beschwerden während des Tages hatten sich bedeutend gebessert. Der Harnstrahl wurde kräftiger projiziert. Nach 20 Testikulininjektionen gab Patient an, sich wie neugeboren zu fühlen. Er braucht des Nachts kaum noch je zu urinieren, am Tage höchstens alle 5 Stunden. Der Harn war andauernd normal, es fand sich niemals Residualharn.

Es handelt sich also um einen jener typischen Fälle von Prostatismus, die nur aus dem Fehlen aller sonstigen Symptome diese Diagnose gestatten. Während wir uns früher mit symptomatischen Maßnahmen behelfen mußten und oft erst nach längerer Behandlung vorübergehende Erfolge zu verzeichnen hatten, sehen wir hier durch eine spezifische Therapie in relativ kurzer Zeit eine überraschende Heilung eintreten. Ich spreche von spezifischer Wirkung, weil während der ganzen Behandlung kein anderes Mittel zur Anwendung gelangte und die Besserung der Symptome mit jeder neuen Injektion prompt hervortrat und auch vom Patienten spontan angegeben wurde.

Fall 2. H. F., ein 50 jähriger Mann, der nie venerisch erkrankt gewesen ist. Seit 6 Jahren gelegentlich, namentlich des Nachts, häufige, mitunter schmerzhafte Tenesmen. Nie komplette Retention, nie Hämaturie. Während der letzten 2 Jahre verschlimmerte sich der Zustand kontinuierlich. Patient mußte nachts oft stündlich, am Tage mindestens alle drei Stunden urinieren. Bei der ersten Untersuchung am 13. Mai 1911 fand ich den Harn klar, ohne Eiweiß, ohne Zylinder. Die Rektaluntersuchung ergab harte, nur wenig vergrößerte Prostata, keine Striktur; hintere Harnröhre nicht verlängert. Die Cystoskopie ergab eine im allgemeinen intakte Blase, nur fanden sich vereinzelte, eben angedeutete Trabekel. Blaseneingang war torförmig. Residualharn nicht vorhanden. Die Behandlung bestand auch hier in intraglutäalen Injektionen von Testikulin, in Intervallen von 2 Tagen. Die Einspritzungen wurden schmerzlos vertragen. Nach 12 Spritzen trat eine nennenswerte Besserung ein. Nach 30 Spritzen wurde die Behandlung ausgesetzt, da sich Patient völlig genesen fühlte.

Auch dieser Fall liegt ganz eindeutig vor uns. Die subjektiven Beschwerden, sowie der objektive Befund lassen keine Zweifel darüber, daß es sich um eine Prostatahypertrophie gehandelt hat. Der Erfolg, den wir mit der Organtherapie zu verzeichnen hatten, war um so eklatanter, als auch hier jegliche andere Medikation unterblieb. Schon diese beiden Fälle genügen, um die Testikulintherapie als berechtigt erscheinen zu lassen und zu weiteren Versuchen zu ermutigen. Meine diesbezüglichen Erfahrungen erstrecken sich bisher bereits auf 13 Fälle, die sämtlich einen Erfolg erkennen lassen. All diese Kranken sind Patienten ohne oder ohne nennenswerten Residualharn. Eine Anzahl steht noch in Behandlung, andere sind geheilt und stellen sich nur zu gelegentlicher Kontrolle in regelmäßigen Abständen vor. Die Organotherapie ist somit sicherlich für die Fälle von Prostatahypertrophie, die wir Prostatismus nennen, eine Kausaltherapie im besten Sinne des Wortes.

(Schluß folgt.)

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließl. Infektionskrankheiten und Kinderheilkunde).

Dr. **Max Hirsch** (Berlin): **Zur Kritik der Schultzeschen Schwingungen als Mittel zur Wiederbelebung asphyktischer Neugeborener.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Verf. warnt mit Ahlfeld vor der kritiklosen Anwendung der Schwingungen nach B. S. Schultze bei jeder tiefen Asphyxie der Neugeborenen. In einem Teil der Fälle ist das Verfahren direkt kontraindiziert. Das Bild des bleichen Scheintodes der Neugeborenen, das gekennzeichnet ist durch Fehlen der Atmung, Blässe der Lippen und Haut, Schlaffheit des Kopfes und der Gliedmaßen, Herabhängen des Unterkiefers, schwache und seltene Herzaktion, herabgesetzte Temperatur im After, ist nämlich nicht nur der suffokatorischen Asphyxie eigentümlich. Auch Verletzungen lebenswichtiger innerer Organe, mit und ohne Blutung, Gehirnkompressionen, Blutungen innerhalb der Schädelhöhle und des Rückenmarkkanals können unter dem Bild des bleichen Scheintodes auftreten. In allen diesen Fällen kann genau wie bei der Erstickung durch Verarmung an Sauerstoff das Atemzentrum gelähmt werden. Diese Zustände, besonders das Symptombild des Hirndrucks und der intrakraniellen Blutungen, sind also meist schwer oder gar nicht unmittelbar nach der Geburt von der suffokatorischen Asphyxie zu unterscheiden. Diese Zustände können aber durch Schultzesche Schwingungen in unheilvollster Weise beeinflußt werden. Letztere können zwar vorübergehend einen Erfolg durch Sauerstoffzufuhr erzielen, haben aber andererseits solche Nebenwirkungen bei schon vorliegenden Blutungen, Verletzungen etc., daß der Tod nach wenigen Tagen eintritt. Verf. hat selbst einen derartigen Fall erlebt. Ein 9 Pfund schweres

Kind wurde durch eine schwierige Zange extrahiert und kam asphyktisch zur Welt. Wiederbelebung nach Anwendung von Bädern, Uebergießungen und Schultzeschen Schwingungen während einer halben Stunde. Nach wenigen Stunden zeigte eine Blutung aus dem linken Ohr, daß eine Schädelbasisfraktur (wohl nach der Zangenextraktion) vorlag. Exitus nach wenigen Tagen. Die Sektion ergab Fraktur in der mittleren Schädelgrube, starken Bluterguß daselbst mit Zerreißung der Dura mater. Verf. meint, daß in diesem Falle die Schultzeschen Schwingungen die Folgen des Schädelbruchs verschlimmert und den Tod beschleunigt, wenn nicht gar herbeigeführt haben. Verf. empfiehlt also wegen dieser Gefährlichkeit der Schultzeschen Schwingungen nicht nur nach schweren Zangengeburten, sondern auch nach spontanen Geburten bei Asphyxie zunächst mit den leichteren Wiederbelebungsmethoden zu beginnen und im Falle ihrer Wirkungslosigkeit schrittweise zu den eingreifenderen überzugehen. Also zunächst nach Ahlfeld Anwendung eines überwarmen Bades (38—40° C.), Reinigung der Mundhöhle und Luftröhre und Anwendung von Hautreizen mannigfacher Art. Hat dann die Beobachtung im Wasserbade ergeben, daß man es mit einer tiefen suffokatorischen Asphyxie zu tun hat, so kommen als weitere eingreifendere Wiederbelebungsmittel in Betracht: Aufhängen des Kindes an den Beinen, Schlagen auf Rücken und Gesäß, Frottieren der ganzen Körperoberfläche, Lufteinblasung und zuletzt die Schultzeschen Schwingungen. Sind schon die Schultzeschen Schwingungen in den Händen des Arztes wegen der Schwierigkeiten der ätiologischen Differentialdiagnose der Asphyxie ein zweischneidiges Mittel, so gilt dies für die Hebammen in noch weit höherem Grade, und doch werden den Hebammen in den meisten Hebammenlehrbüchern die Schultzeschen Schwingungen zur Wiederbelebung empfohlen. R. L.

Dr. **H. Zade** (Immigrath): **Ein Beitrag zur Polymorphie der Parotitis epidemica mit besonderer Berücksichtigung sekundärer Meningitiden.** (Archiv für Kinderheilkunde, Bd. 57, H. 4—6.)

Die Parotitis epidemica gilt als eine der harmlosesten Krankheiten des Kindesalters, die nur selten zu Komplikationen schlimmerer Art führt. Verf. konnte in einer Mumpsepidemie einen 12jährigen Jungen beobachten, der plötzlich mit Halsschmerzen, Mandelschwellung, Schüttelfrösten, heftigsten Leibschmerzen in der Ileocoecalgegend und mehrmaligem Erbrechen erkrankte. Zunächst Zunahme der Erscheinungen der Appendicitis. Zwei Tage nach Beginn der Erkrankung Parotitis. Abklingen der Erscheinungen in der Ileocoecalgegend. Nunmehr traten die Symptome einer Meningitis auf, die das Schlimmste befürchten ließen. Schließlich völlige Heilung. — Verfasser beschäftigt sich dann eingehender mit der Meningitis als Komplikation der Parotitis und sucht den Nachweis zu führen, daß in seinem Fall die Symptome der Appendicitis wie der Meningitis als Folgen der Parotitis anzusehen sind. R.

Georg Haerttel: Zur Frage vom Thymustode. Aus dem kgl. hyg. Institut Posen. (Dissertation, Greifswald 1911.)

Eine große hyperplastische Thymusdrüse vermag schließlich einen Druck auf die benachbarten Organe im oberen Mediastinum auszuüben. Diese Kompression wirkt in den meisten Fällen nachteilig, und in erster Linie auf die oberen Luftwege, seltener auf die großen Gefäße und das Herz, vielleicht auch auf die Nerven. Die Tracheobronchostenosis ist klinisch, radiologisch und autoptisch sicher festgestellt. Der sogen. Stridor congenitus ist, wie Röntgenuntersuchungen gezeigt haben, ausschließlich die Folge von Thymushyperplasie. Die zweite Respirationsanomalie, das Asthma thymicum, durch Dyspnoe, Cyanose, geräuschvolle Atmung charakterisiert, stellt die ausgeprägteste Folge des Thymusdruckes auf die Trachea dar. Zwischen beiden Formen zeigt das Krankheitsbild je nach dem Grade der Verlegung der Luftwege Uebergänge vom leichten Einsinken des Jugulum, vom scheinbar harmlosen Stridor der Säuglinge zu gefahrdrohenden Dyspnoeanfällen, von langsamer suffokatorischer Agonie zu blitzähnlichem Tode infolge totaler Kompression des oberen Respirationsapparates. Die Verlegungserscheinungen können allmählich und in progressiver Stärke auftreten oder plötzlich sich bemerkbar machen. Fälle spontaner Heilung kommen vor; die Stenose kann aber auch bei ihrem ersten Auftreten schon zum plötzlichen Tode führen. Darum sind selbst die scheinbar unschuldigsten Formen der Stenose, bei denen das Allgemeinbefinden kaum tangiert wird, prognostisch mit großer Vorsicht zu beurteilen, weil nicht vorhergesehene Zufälle, Lordose der Halswirbel bei Rückwärtsbeugung des Kopfes, Hustenstöße, Einwirkung kalten und auch heißen Badewassers, Magenüberfüllung, Erbrechen usw. rasch eine schlimme Wendung hervorrufen können. Eine große Thymus kann ferner einen beständigen Druck auf die Aorta (Arcus aortae) ausüben und dadurch zum Stromhindernis werden, welches den aufsteigenden Teil des Aortenbogens und das Herz zur Dilatation, dieses auch zur Hypertrophie bringt. Es findet sich hierbei klinisch keine Einziehung des Jugulum, keine verlangsamte giemende Respiration, wohl aber infolge der Behinderung der Blutzirkulation fliegende Atmung, Gesichtsblässe mit leichter Cyanose, wenig oder gar nicht fühlbarer Puls, leise Herztöne, bis bei völliger Kompression der Aorta schließlich der Tod eintritt. — Das familiäre Auftreten der Erkrankung ist einwandfrei festgestellt, die Ursache vielleicht zu suchen in lymphatisch-chlorotischer oder rachitischer Konstitution. Die Therapie ist einzig und allein eine operative und der Eingriff richtet sich ganz nach der Größe der Atem- oder Pulsbehinderung. Er wird dringlich, sobald suffokatorische Anfälle sich zeigen, der Puls wenig fühlbar wird, und besteht gewöhnlich in einer Ektopexie oder, falls diese nicht genügt, in mehr oder weniger umfangreicher, intrakapsulärer Entfernung der Thymus, evtl. noch mit einer bogenförmigen Resektion des Manubrium sterni. Die Operation ist relativ leicht und ohne Narkose ausführbar und war bisher stets vom besten Erfolge begleitet. F.

Ad. Czerny (Straßburg): **Beitrag zur Lebertrantherapie.** (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1912.)

Verf. hebt die Bedeutung des Lebertrans für die Therapie der Kindertuberkulose hervor. Den Aerzten war es schon lange bekannt, daß die Tuberkulose bei Kindern, welche vorwiegend von Kohlehydraten leben, viel ungünstiger verläuft als bei solchen, deren Nahrung eiweiß- und fettreich ist. Diese Erfahrung führte zu der einseitigen Maßregel, bei skrofulösen Kindern Brot und Kartoffeln als ungeeignete Nahrungsmittel zu bezeichnen. Was die ärztliche Erfahrung schon lange gelehrt hatte, konnte Weigert auch durch Tierexperimente bestätigen. Fettmast hemmt, Kohlehydratmast fördert die Entwicklung der Tuberkulose. Von allen Nahrungsbestandteilen ist das Fett das teuerste. Wo die Not zur Sparsamkeit zwingt, tritt das Fett in der Nahrung stark zurück und wird durch Kohlehydrate ersetzt. In den ärmeren Bevölkerungsschichten sehen wir deshalb, daß die Ernährung der tuberkulösen Kinder unzweckmäßig ist. Wir können den Fehler korrigieren, wenn wir die Kohlehydrate einschränken und die Nahrung durch eine Zugabe von Lebertran auf einen richtigen Fettgehalt bringen. Verf. glaubt, daß dies die guten Resultate der Lebertrantherapie erklärt. Bei einer Kombination von Tuberkulose mit exsudativer Diathese sind wir nach Verfassers Beobachtungen genötigt, den Fettgehalt der Nahrung vorsichtig zu dosieren. Die erstere läßt möglichst viel Fett in der Nahrung indiziert erscheinen, die letztere fordert eine Einschränkung. Bei einer im übrigen fettarmen Nahrung kann dabei der Lebertran in Mengen bis zu zwei Eßlöffeln pro die Verwendung finden. Kr.

Dr. **Axel Borgbjärg** (Kopenhagen): **Die Motilitätsstörungen des Magens.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Wie Verf. ausführt, ist eine sorgfältige Untersuchung der motorischen Funktion des Magens noch wichtiger als die Untersuchung der Sekretionsverhältnisse. Die Untersuchung geschieht am besten mittels der von Faber abgeänderten Bourgetschen Probemahlzeit. Diese besteht aus 250 ccm Hafersuppe, 50 g gekochtem und gehacktem Fleisch, 50 g Weißbrot mit Butter, 8 gekochten Pflaumen und 1 Eßlöffel Preißelbeerenkompott. Man spricht von einer 5-, 6-, 8- und 12stündigen Retention, wenn man 5 bezw. 6, 8 oder 12 Stunden nach der Bourget-Faberschen Mahlzeit wenigstens 10 ccm Speisereste im Magen findet. Die 12stündige oder kontinuierliche Retention beruht in der Regel auf einer organischen Pylorusstenose, kann aber auch durch spastische Stenose (bei Ulcus) und mitunter durch Gallenstein bedingt sein. Die 6- und die 5stündige Retention findet man am häufigsten bei organischen Magenleiden (Carcinom, Ulcus, Gastritis), aber auch zuweilen bei Dyspepsie mit oder ohne Hypersekretion, ohne daß sichere Zeichen eines organischen Magenleidens vorhanden sind, mitunter auch bei reinen Darmleiden. Ferner findet man sie bei Asthenie, teils bei der kongenitalen Asthenie (häufig bei Gastroptose), teils bei der Asthenie infolge von Inanition. Läßt sich keine kontinuierliche Retention nachweisen, so findet man in einigen Fällen eine kleine zwölfstündige Retention, d. h. 12 Stunden nach der Bourget-Faberschen Probemahlzeit findet man morgens nüchtern bei der Ausspülung einige kleine Speisereste im Magen (Preißelbeerenkerne, minimale Pflaumenpartikel, mitunter Fleischfasern), im ganzen höchstens 2—5 ccm. Diese kleine Retention ist in der Regel das Zeichen eines organischen Magenleidens (Carcinom, Ulcus oder Gastritis, namentlich Gastritis mit Achylie). Findet man Obstipation vergesellschaftet mit 5- oder 6stündiger Retention, so ist eine schlackenreiche Antiobstipationsdiät kontraindiziert. Eine schonende Diät erzielt häufig Heilung der Motilitätsschwäche des Magens und des Darms. Bei schlecht ernährten Patienten wird die Motilitätsschwächung häufig durch eine Mastkur geheilt. R. L.

Geh. Rat Prof. Dr. **Ad. Schmidt** (Halle): **Magensymptome und Magenäquivalente bei Migräne.** (Mediz. Klinik, 1911, No. 50.)

Während beim typischen Migräneanfall seitens des Magens in der Regel nur Uebelkeit, Anorexie und terminales

Erbrechen beobachtet werden, die im Intervall völlig verschwinden oder von gesteigerter Appetenz gefolgt werden, kommt es bei einzelnen Patienten dauernd oder periodisch zu einem stärkeren Hervortreten der Magensymptome, welche die Kopfschmerzen übertönen, unter Umständen sogar völlig ablösen können. Die Kranken suchen dann nur wegen ihres schlechten Magens Hilfe auf, und es ist für den Arzt nicht immer leicht, den wahren Zusammenhang der Dinge zu ergründen. Verf. hat etwa 20 einschlägige Fälle gesammelt. Die Durchsicht ergibt, daß bald sekretorische, bald motorische, bald sensible Erscheinungen das Bild beherrschen. Bei einem Teile der Patienten waren die Magenerscheinungen, zu denen sich nicht selten auch Darmsymptome hinzugesellen, im Laufe der Jahre immer mehr in den Vordergrund getreten; die Kopfschmerzen waren zwar bestehen geblieben, traten aber nur noch zeitweise in geringer Stärke auf, während die Magenbeschwerden kaum noch deutliche Intervalle erkennen ließen. Durch sorgfältige Anamnese ließ sich manchmal eruieren, daß eine akute Magenerkrankung oder eine Periode unvorsichtiger Ernährung diese Umwandlung bewirkt hatte. Wiederholt konnte Verf. bei der näheren Untersuchung dieser Fälle eine ausgesprochene Achylie mit auffallend beschleunigter Entleerung des Magens feststellen. Verf. erläutert das an zwei Beobachtungen. Die HCl-Therapie hatte in beiden Fällen nur hinsichtlich der Magenbeschwerden Erfolg, die Kopfschmerzen ließ sie unbeeinflußt. Verf. erinnert sich aber eines weiteren Patienten, bei dem die quälenden Kopfschmerzen schon nach den ersten Dosen HCl verschwanden und verschwunden blieben, so lange er regelmäßig Salzsäure nahm. Ganz anders ist der Befund in den Beobachtungen 3 und 4. In beiden Fällen waren die Säureverhältnisse normal, aber es bestanden ausgesprochene motorische Störungen. In wieder anderen Fällen konnte Verf. mittels der Funktionsprüfung überhaupt keine krankhaften Verhältnisse finden: der Magen arbeitete motorisch und sekretorisch normal, und die ziemlich lebhaften Beschwerden konnten nur als Empfindungsstörungen (Sensibilitätsneurose) aufgefaßt werden. Während in den bisher besprochenen Fällen der Zusammenhang der Magensymptome mit der Migräne, abgesehen von ihrer periodischen Exacerbation, aus den begleitenden Kopfschmerzen unschwer zu erschließen war, traten sie bei anderen als wirkliche Aequivalente der Migräne auf. Als Belege dafür führt Verf. 4 Beobachtungen an. Unter diesen ist besonders Fall 7 interessant. Hier wird die seit der Jugend bestehende Migräne im späteren Alter von periodisch auftretenden heftigen Magenschmerzen mit Druck, Völle, Aufstoßen, Erbrechen und Durchfällen so vollständig abgelöst, daß der Pat. glaubt, eine ganz neue Krankheit zu haben. Es gelingt aber bald, durch sorgfältige Diät die Magenbeschwerden zu beseitigen, und nun stellen sich die früheren Migräneanfälle in typischer Weise wieder ein.

Es ist klar, daß in derartigen Fällen die Diagnose hemikranischer Magenäquivalente nicht ohne weiteres gestellt werden kann. Dasjenige Moment, welches am ehesten auf die richtige Fährte führt, ist die Periodizität der Magensymptome, für die der Kranke selbst ebensowenig wie der Arzt in der Lebensweise oder in Diätfehlern eine plausible Erklärung finden kann. Fragt man nach voraufgegangenen Kopfschmerzen und nach dem Vorkommen analoger Symptome bei anderen Familienmitgliedern, so wird man bald den wahren Sachverhalt klarlegen können. Die objektive Untersuchung ergibt bei der Vielgestaltigkeit der Symptome keine sichere diagnostische Handhabe. Ueber die näheren Bedingungen, welche für das Vorwiegen der Magen-Darmsymptome bei gewissen Fällen von Migräne verantwortlich zu machen sind, wissen wir nichts. Verf. vermutet aber, daß zunächst äußere Ursachen eine Magenstörung veranlassen und daß diese dann gewissermaßen die Migränesymptome auf den Magen ablenkt. Dafür spricht der Umstand, daß es manchmal gelingt, durch Behandlung des Magens die ursprüngliche Form der Migräne wiederherzustellen. Im übrigen ist der therapeutische Effekt unserer speziell gegen die Magenbeschwerden gerichteten Maßnahmen naturgemäß in der Regel nur ein beschränkter. Am besten hat sich Verf. noch eine bei den ersten Zeichen auszuführende Magenwaschung bewährt. Allgemeine roborierende Therapie (Arsen, Brom, viel Aufenthalt in frischer Luft) bessert dagegen die konstitutionelle Anlage und damit auch die Magenbeschwerden oft auffallend. Kr.

Dr. **H. Straub** und Dr. **Schlayer** (Tübingen): **Die Urämie eine Säurevergiftung?** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Haldane und seine Mitarbeiter haben gezeigt, daß der Partiardruck der Kohlensäure in der Alveolarluft des Gesunden unter den wechselndsten Bedingungen absolut konstant ist. Die Normalspannung ist für verschiedene Personen nicht ganz gleich, liegt zwischen 35 und 45 mm Hg. Treten nun aus irgend einem Grunde saure Produkte im Blut auf, so wirken auch sie reizend auf das Atemzentrum und ersetzen so einen Teil des normalen Kohlensäurereizes, so daß das Atemzentrum die Kohlensäurespannung nun auf einen entsprechend niedrigeren Wert einstellt. Die Kohlensäurespannung ist um so niedriger, je mehr andere Säure im Blut kreist. Sinkt die Kohlensäurespannung unter die Norm, so ist dies auf Acidose zurückzuführen; der Grad der Senkung ist ein Maßstab für die Intensität der Acidose. Die Verfasser haben nun bei acht an Nephritis leidenden Patienten mit urämischen Erscheinungen fortlaufend die Kohlensäurespannung nach Haldane bestimmt und während der urämischen Periode immer auffallend niedrige Werte der Kohlensäurespannung gefunden. Wenn die urämischen Erscheinungen zurückgingen, trat immer wieder eine Zunahme der Kohlensäurespannung auf annähernd normale Werte ein. Wenn diese Beobachtungen sich auch weiterhin bestätigen, würde die Auffassung der Urämie als Säurevergiftung an Wahrscheinlichkeit gewinnen. R. L.

Prof. Dr. **Hermann Eichhorst** (Zürich): **Ueber eine nephritische Form der Werlhofschen Blutfleckenkrankheit.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 1.)

Verf. hat im Verlaufe von Jahren bei drei Kranken eine eigentümliche Form von Werlhofscher Krankheit beobachtet, für welche er gleiche Beispiele aus der Literatur nicht auffinden konnte. Er bezeichnet sie kurz als die chronisch-nephritische Form der Purpura haemorrhagica. Es handelt sich um Personen, die an Erscheinungen des Morbus maculosus Werlhofii erkranken. Es tritt dabei eine hämorrhagische Nephritis auf. Alle Störungen gehen bis auf die hämorrhagische Nephritis zurück. Letztere bleibt jahrelang bestehen und läßt sich nicht zur Heilung bringen, so Vieles und so Mannigfaltiges auch versucht wird. Es klingt also das bekannte Bild der Purpura haemorrhagica in eine chronische hämorrhagische Nephritis aus, über deren Entstehung derjenige im unklaren bleiben muß, der nicht in der Lage gewesen ist, die Entwicklung der Dinge zu verfolgen, namentlich, wenn die Anamnese unvollständig ist und das Vorausgegangensein einer Purpura unbekannt bleibt. Nach Verfassers wenigen Beobachtungen scheinen gerade jene Formen von Purpura haemorrhagica zu chronischer hämorrhagischer Nephritis zu führen, welche sich durch mehr chronischen Verlauf der Purpura und Neigung zu immer wiederkehrenden Hautblutungen auszeichnen. Nach dem Verhalten des Harnes muß man zwei Formen der chronischen hämorrhagischen Nephritis unterscheiden, die Verf. kurz als interstitiellen und parenchymatösen Typus benennt. Beispiele für den interstitiellen Typus sind Verfassers Beobachtungen 1 und 3; bei ihnen beobachtete man reichliche Harnmengen und vermindertes spezifisches Gewicht. Die zweite Beobachtung ist mehr ein Beispiel für den parenchymatösen Typus der hämorrhagischen Nephritis, bei welchem die Harnmenge keine Neigung zur Vermehrung zeigt und das spezifische Gewicht des Harns zum mindesten innerhalb der natürlichen Grenzen blieb. Beide Formen stimmen aber darin miteinander überein, daß sie zwar außerordentlich hartnäckig sind, aber trotz ihrer langen Dauer weder einen erkennbaren Einfluß auf den Herzmuskel und das Pulsbild äußern, noch die Ernährung des Körpers hemmen. Auch urämische Erscheinungen wurden nie bei den Kranken beobachtet, so daß es nach den bisherigen Erfahrungen als gerechtfertigt erscheint, die Vorhersage in bezug auf Lebensgefahr zunächst als gut, dagegen rücksichtlich vollkommener Heilung zum mindesten als zweifelhaft zu stellen. Kr.

Privatdozent Dr. **Bennecke** (Jena): **Ueber unsere Mißerfolge mit der Bluttransfusion bei perniciöser Anämie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Verf. berichtet über fünf Fälle von perniciöser Anämie, bei denen die Bluttransfusion gemacht wurde. Das Blut wurde dem Blutspender mit weiter Kanüle aus der gestauten Vena mediana eines Oberarms entnommen und in sterilen Erlenmeyerkolben aufgefangen, die mit einer sterilen Metallspirale beschickt waren. Sofort nach dem Ausfließen wurde das Blut durch Schütteln defibriniert und zwar in Mengen von je 100 ccm; das Schütteln wurde noch etwa 5—10 Minuten fortgesetzt und dann das Blut durch mehrere Lagen steriler Gaze in ein auf 39 ° im Wasserbade temperiertes Gefäß coliert und so vom Fibrin und Schüttelschaum befreit. Durch eine 50 ccm fassende Rekordspritze, die durch einen kurzen Gummischlauch mit der Kanüle verbunden war, wurde dann das Blut in eine Armvene des inzwischen vorbereiteten Patienten langsam injiziert. Nur in einem Falle wurde die Injektion subkutan gemacht. Eine einwandfreie Besserung des Blutbefundes wurde durch die Transfusion in keinem Falle erzielt. Nur nach einer der 5 Transfusionen fand sich eine geringe Vermehrung von Hämoglobin und Erythrocytenzahl. Auch die subjektiven Besserungen halten einer objektiven Kritik nicht stand. Der Eingriff ist nicht gleichgültig, auch wenn keine Hämolyse eintritt.

Dr. **M. Mirowsky** (Breslau): **Ueber Wasserretention bei den Haferkuren der Diabetiker.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Bei Diabetikern treten nicht selten plötzliche größere Gewichtszunahmen in wenigen Tagen auf, besonders wenn wegen Acidose Haferkuren mit Natrium bicarbonicum gemacht werden.

Menthasept

ges. geschützt

hat sich infolge seiner vorzüglichen, prompten Wirkung guten Eingang verschafft und gilt in Aerztekreisen als

bestes

innerliches keimtötendes Mittel.
Verlangen auch Sie bitte Muster dieses in tausenden von Fällen als sicher erprobten

Desinficiens

Preis pro Flaçon, enthaltend 50 Tabletten à 1,0 g M. 1,25, daher auch bestens zur Verordnung f. Krankenkassenmitglieder geeignet

KavaKavin

ges. geschützt

Vorzüglich bewährt bei allen Leiden der Blase und der Harnwege. Nach dem Urteil berühmter Kliniker, die dasselbe ständig verordnen, als

bestes

und prompt wirkendes Mittel zu bezeichnen. Bestandteile sind: Extr. Kawa-Kawa aquos. sicc., Hexamethylentetramin und Ol. santali, deshalb ein unfehlbares

Antigonorrhoicum

Preis pro Flakonpackung M. 2,50,
" " Kassenpackung " 1,50,
jeweils 50 Tabletten enthaltend.
Literatur und Proben gratis und franko zu Diensten.

Alleinige Fabrikanten:

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger

BERNAU bei Berlin.

VERONAL

Durchaus zuverlässig u. angenehm wirkendes **Hypnotikum** u. **Sedativum,** bei entsprech. Dosierung **völlig unschädlich.**

In Form des leicht löslichen

Veronal-Natrium

auch zur subkutanen und rektalen Anwendung geeignet.

Für internen Gebrauch:

Veronal u. Veronal-Natrium

in Tabletten à 0,5 g.

Literatur zur Verfügung.

E. MERCK-DARMSTADT.



CHOLOGEN	Hervorragende langjährige Erfolge bei der Behandlung der Cholelithiasis nach Dr. Rob. Glaser
NUCLEOGEN	Organisches Phosphor-Eisen-Arsen-Präparat
EUSEMIN	Im Autoclaven sterilisierte Cocain-Adrenalin-Lösung. Ideales Localanästhetikum
UROSEMIN	Im Autoclaven sterilisierte Harnsäure-Eusemin-Anreibung nach Geheimrat Dr. Falkenstein, Gross-Lichterfelde
KAKODYL	Injektionen Marke Ha-eR (H.R.) Absolut chemisch rein. Im Autoclaven sterilisiert.
PHAGOCYTIN	Im Autoclaven sterilisierte Lösung von nucleinsaurem Natrium
FULMARGIN	Durch elektrische Zerstäubung hergestellte sterilisierte colloidale Silberlösung
NÄHMATERIAL	nach Prof. Dr. Karewski. Ständige Kontrolle durch Prof. Dr. Leonor Michaelis. Aseptisch, dauernd steril und gebrauchsfertig.

Physiol.-chemisches Laboratorium

Berlin-Charlottenburg 4 · **HUGO ROSENBERG** G. m. b. H. · Berlin-Charlottenburg 4

Verlag von OSCAR COBLENTZ in Berlin W. 30.

Die preussische Gebühren-Ordnung

für

approbierte Aerzte und Zahnärzte

vom 15. Mai 1896

für die Bedürfnisse

der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis

erläutert von

Justizrat Alb. Joachim — Notar u. Rechtsanwalt b. Kammergericht
San.-Rat Dr. H. Joachim — prakt. Arzt

Zweite durchgesehene und erweiterte Auflage.

Preis elegant gebunden **Mk. 6,—**

Der obige Kommentar, der seit Jahren vergriffen war, wird in der Neubearbeitung der gesamten Aerztewelt höchst willkommen sein.

Bei **Ekzema madidans** werden **Olos-Puderbinden** mit bestem Erfolg verordnet, da sie eine adstringierende, antiseptische und stark aufsaugende Wirkung entfalten. Bei **Unterschenkelekzem** ist **Collaminbinde** mit **Olospuderbinde** der idealste Verband. — Ferner hat sich bei der ambulanten Behandlung aller Leiden des

varicösen Symptomenkomplexes

(Ulcus cruris, Varicen, Phlebitis etc.) die **Collaminbinde** als vollwertiger Ersatz der Zinkleimbinden, Klebrobinden, Krampfaderbandagen, Schnürstrümpfe und Gamaschen, glänzend bewährt.
Man verlange die für die Herren Aerzte ad usum proprium besonders preiswerten Kassenpackungen: gegen Ulcus cruris M. 10,—, gegen Ekzema madidans M. 8,80, gegen Varicen M. 10,— (enthaltend je 12 komplette Verbände).

Aerztemuster zu Versuchszwecken und Auskunft durch die Alleinfabrikanten:

Hamburger Chemische Fabrik, G. m. b. H.
Hamburg I/E.

Rhodalzid-Tabletten

Ein neues **ungiftiges Mittel** zur **Verhütung** und **Behandlung** von **Caries, Schleimhauterkrankungen, Arteriosklerose, Harnsäure-Diathese, lanzinierenden Schmerzen bei Tabes**

Tabletten à 0,25 g { Gläser à 50 Tabletten . M. 3,—
Röhrchen à 12 Tabletten M. 1,—

Dosierung: 2—3 Tabletten täglich (Kinder 2mal ½ Tablette)

Literatur und Proben zu Diensten

Chemische Fabrik Reisholz G. m. b. H.

Reisholz 29 bei Düsseldorf



Die Bor- u. Lithium-hältige natürliche eisenfreie Heilquelle

SALVATOR

bewährt sich vortrefflich bei **Nieren- und Blasenleiden, Harngries, Harnbeschwerden, Rheuma, Gicht, Zuckerharnruhr, Scharlach,** sowie bei **Catarrhen** der **Athmungs-** und **Verdauungsorgane.**

HARNTREIBENDE WIRKUNG! LEICHT VERDAULICH! ABSOLUT REIN!

Käuflich in Mineralwasserhandlungen u. Apotheken. **August Schultes** Szinye-Lipóczer Salvatorquellen-Unternehmung Budapest, V. Rudolf-rakpart 8.

Die Ursache dieser Gewichtszunahme ist Wasserretention in den Geweben. Die Haut wird feuchter und gespannter, es treten nicht selten sehr erhebliche ödematöse Schwellungen der unteren Extremitäten auf. Mit Aussetzen der Haferdiät und Uebergang zu einer Fleischkost oder gemischten Kost schwindet diese Gewichtszunahme unter Anstieg der Diurese selbst dann, wenn Natrium bicarbonicum weiter gegeben wird. Die Ursache dieses „Haferödems" ist unbekannt. Um diese Frage aufzuklären, stellte Verf. Untersuchungen an Patienten der Breslauer medizinischen Universitätsklinik an. Es wurde 1. bei Diabetikern verfolgt, ob die Verabreichung von Natr. bicarbonic. oder die Haferkur zur Wasserretention führt; 2. wurde das Verhalten von nicht diabetischen Individuen, deren Herz und Nieren gesund waren, in ihrem Verhalten bei Haferkuren und bei Verabreichung von Natr. bicarbonic. bei verschiedenen Diätformen geprüft. Aus den Versuchen ergab sich, daß bei Diabetikern das Natr. bicarbonic. an sich nicht zur Wasserretention führt. Die Wasserretention und Gewichtszunahme zeigte sich vielmehr streng an die Hafermehlzufuhr gebunden. Bei Weizenmehlzufuhr verhält es sich nach anderen Beobachtern ebenso. Die Untersuchung der Nichtdiabetiker ergab, daß die einfache Haferkur ohne Einfluß auf den Wasserhaushalt des Körpers ist. Auch eine Haferkur mit Zulage von täglich 30 g Natr. bicarbonicum führt nicht zur Wasserretention. Zulage von Natr. bicarbonic. bei einer gemischten Diät führt zuweilen zu einer geringen, vorübergehenden Wasserretention. Eine merkliche Abnahme der Harnmenge war aber nicht zu konstatieren, mitunter eher eine auffällige Vermehrung. Nur bei Arteriosklerose wirkt Natronzulage stark wasserretinierend. — Wie die normalen Individuen verhielt sich auch ein Knabe mit Diabetes insipidus bei der Zufuhr von Hafermehl und Natr. bicarbonic.

Dr. **Erwin Thomas** (Leipzig): **Zur Einteilung der Myxödemformen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Wie Verf. des näheren ausführt, gibt es nicht nur angeborene totale Aplasie, sondern auch Hypoplasie der Schilddrüse. In diesen Fällen findet sich nicht ein in allen Durchmessern gleichmäßig verkleinertes Organ an typischer Stelle, sondern das vorhandene Schilddrüsengewebe ist dystopisch, meist eingeschlossen in Tumoren des Zungengrundes. Die Fälle von totaler Aplasie der Schilddrüse überschreiten nie das Pubertätsalter. Bei Fällen von kongenitalem Myxödem, welche älter geworden sind, handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um angeborene dystopische Hypoplasie. R. L.

Chirurgie.

Prof. Dr. **R. Wenglowski** (Moskau): **Die Beziehung zwischen der Entwicklung der Nabelgegend und der Disposition zu Nabelbrüchen.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1912, No. 10.)

Bis zurzeit hat man der Frage über die Entwicklung der Nabelgegend beim Menschen viel zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet. Und doch gibt uns die Erforschung dieser Entwicklung die Möglichkeit, die Frage zu lösen, ob wirklich eine Prädisposition zu Nabelbrüchen existiert, oder ob eine solche Anlage nicht vorhanden ist und die Nabelgegend sich ganz gleich bei allen entwickelt. Verf. erörtert nun, daß im Embryonalleben Bedingungen für die ungleichmäßige Schließung des Nabelringes existieren. Diese Bedingungen bestehen in dem Vorhandensein einer normalen embryonalen Nabelhernie, die zu verschiedener Zeit verschwinden kann. Durch die ungleiche Weite des Nabelringes, besonders bei Kindern, wird bedingt, daß sich bei sonst gleichen anderen Umständen, bei dem einen ein Nabelbruch bildet, bei anderen nicht. Kr.

Prof. Dr. **H. Kümmell** (Hamburg-Eppendorf): **Ueber Indikationen zur chirurgischen und internen Behandlung der Magenerkrankungen und deren operative Dauererfolge.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 9 u. 10.)

Verf. berichtet über die Ergebnisse der chirurgischen Behandlung der Magenerkrankungen, insbesondere des Ulcus ventriculi. Zunächst geht er auf die Diagnosenstellung ein, betont die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen Ulcus und Carcinom, erwähnt die verschiedenen uns zu Gebote stehenden Untersuchungsmethoden, von denen er besonders die Bedeutung der Röntgenuntersuchung hervorhebt; bei dieser betont er den Wert des Plattenbildes neben der Beobachtung am Schirm. Im allgemeinen sind nach Verf. die großen zackigen Defekte am Magen typisch für Carcinom, während große Ulcustumoren mehr Gestaltsveränderungen an der ganzen Magenform mit divertikelartigen Ausstülpungen hervorrufen. Im ganzen hat Verf. 788 operierte Eingriffe wegen Magenerkrankungen im Laufe der letzten 10 Jahre vorgenommen, und zwar 519 wegen Carcinom, 269 wegen Ulcera des Magens. Was die gutartigen Erkrankungen des Magens anlangt, Ulcera callosa, Pylorusstenosen, Sanduhrmagen etc., so wurden bei ihnen folgende Operationen ausgeführt: Gastroenterostomien 148, Resektionen wegen Ulcus callosum 15, verschiedene Operationen wegen Sanduhrmagen 25, Gastrotomien 8, Laparotomien bei Ulcus perforatum mit Peritonitis 30, anderweitige Operationen 43. Das b l u t e n d e Magengeschwür ist im allgemeinen i n t e r n zu behandeln. Nur in den äußersten Notfällen ist das blutende Magengeschwür operativ anzugreifen; denn die Aussichten auf Erfolg sind bei der operativen Behandlung der akuten Ulcusblutung sehr gering. Die Auffindung der blutenden Geschwüre in der entzündeten Schleimhaut bietet nicht weniger Schwierigkeiten als die Blutstillung selbst, sei es, daß man durch Exzision des Ulcus oder durch Umstechung des Geschwürs die Quelle der Blutung zu stopfen bestrebt ist. Die Gastroenterostomie wird als Mittel der momentanen Blutstillung meist im Stich lassen. Die Mortalität der operativen Behandlung des blutenden Ulcus beträgt 60—70 pCt. Aus allen diesen Gründen nehmen die meisten Chirurgen von einem operativen Eingriff des akut blutenden Magengeschwürs zurzeit Abstand. Wegen Perforation bei Ulcus mit konsekutiver Peritonitis hat Verf. 30 mal operiert, 10 mal bei Männern, 20 mal bei Frauen, meist jugendlichen Personen. Im allgemeinen sind solche Kranke nur durch möglichst frühzeitigen Eingriff zu retten. Einige wenige Fälle konnten in den ersten 4 bis 6 Stunden operiert werden und gelangten zur Heilung. Von den innerhalb der ersten 24 Stunden operierten 13 Fällen überwanden den operativen Eingriff alle, einer davon starb 14 Tage nach vollkommen abgeheilter Peritonitis an Pneumonie, ein zweiter 4 Wochen nach der Operation an Arrosion der Art. gastroduodenalis durch ein neues Ulcus. Alle später operierten Patienten starben an diffuser Peritonitis. Die Behandlung bestand in der möglichst raschen Eröffnung der Bauchhöhle, Aufsuchen des perforierten Ulcus an der vorderen oder hinteren Magenwand, Uebernähen, oder, wenn nötig, Exzision desselben, daran anschließend ausgiebiger Spülung des Abdomens mit physiologischer Kochsalzlösung und Drainage der Bauchhöhle mit Glastuben. In 5 Fällen wurde außerdem noch die Gastroenterostomia retrocolica posterior gemacht; 3 von diesen Patienten starben an ihrer Peritonitis. — Was nun die Operation beim chronischen Magengeschwür anlangt, so liegt hier eine absolute Indikation nur vor, wenn schwere Stenose des Pylorus mit ihren irreparablen Folgeerscheinungen vorliegt (narbige Pylorusstenose). Hier muß man zuweilen aus vitaler Indikation die Gastroenterostomie machen und erzielt dadurch rapide Heilungen der fast verhungerten Patienten. Vom Ulcus pylori ist nach Verf. das U l c u s d u o d e n i oft nicht zu unterscheiden, um so weniger, da beide Formen vielfach ineinander übergehen und Narbenstenosen des Duodenums ebenso wie die des Pylorus Magendilatationen zur Folge haben. Verf. sah nur 10 mal ausgesprochene Ulcera duodeni, davon waren 5 perforierte Ulcera. 51 mal handelte es sich um narbige Pylorusstenosen. Sonst sah er 11 mal Ulcera an der kleinen Kurvatur mit Verwachsungen mit Leber, Pankreas, Netz, 5 mal Ulcerationen an der großen Kurvatur sowie an der Vorderfläche des Magens, 2 mal mit Perforation in die verwachsenen Bauchdecken; in einem Falle bestanden multiple Ulcerationen an der kleinen Kurvatur sowie am Duodenum. In 25 Fällen bestand das Bild des Sanduhrmagens. — Als Operation der Wahl bei gutartigen Magenerkrankungen wird von der Mehrzahl der Chirurgen auch heute noch die Gastroenterostomie angesehen, nur für einzelne Fälle bleibt die partielle Resektion oder die Exzision des erkrankten Magenteils in Frage. Der Wert der Gastroenterostomie für die Ausheilung des Magengeschwürs ist unbestritten. Verf. macht die Resektion des Pylorus nur bei den des Carcinoms dringend verdächtigen Fällen, ferner meist als Querresektion bei dem sog. Ulcus callosum des Magenkörpers. Die Gastroenterostomie macht er als Gastroenterostomia retrocolica posterior mit Handnaht; die Gastr. antecolica mit Murphyknopf wendet er nicht mehr an. Die Gesamtmortalität der 61 Gastroenterostomien der letzten 4 Jahre war 4. Was das funktionelle Dauerresultat anlangt, so konnte dies an 80 Fällen festgestellt werden; davon befanden sich 70 sehr gut, 10 hatten subjektive Beschwerden, aber nur 6 davon wurden objektiv schlecht befunden. — Diesen günstigen Resultaten der operativen Eingriffe bei gutartigen Magenerkrankungen stehen wenig erfreuliche Operationsresultate bei den b ö s a r t i g e n Magenerkrankungen gegenüber. Die Ursache liegt vor allen Dingen in der Schwierigkeit der Frühdiagnose des Magencarcinoms. Zur operativen Behandlung kamen 519 Magencarcinome, 393 betrafen den Pylorus und den übrigen Magenkörper, 126 die Kardia. Es wurden gemacht: 74 Probelaparotomien bei inoperablen Tumoren, 158 Gastroenterostomien, 124 Resektionen (davon mehrere zweizeitig), 11 Jejunostomien, 126 Gastrostomien, 6 Resektionen der Kardia per laparotomiam, 3 Fälle von Ersatz des carcinomatösen Oesophagus durch den Dünndarm, 17 anderweitige Operationen (perforierte Carcinome mit Peritonitis etc.). Bei den mit Probelaparotomie Behandelten betrug die durchschnittliche Lebensdauer nach der Operation 95 Tage, bei den mit Gastroenterostomie behandelten Carcinomkranken 5 Monate. Was die mit Resektion behandelten Carcinomkranken anlangt, so wurde Dauerheilung in 30 pCt. der Fälle erzielt, wenn man die Grenze auf 3 Jahre festsetzt. Einige Patienten lebten noch 9 bis 16 Jahre nach der Operation. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

San.-Rat Dr. **Wieland**: **Ueber die Ruhrepidemie in Groß-Rosen.** (Schlesische Aerzte-Korrespondenz, 1912, No. 13.)

Verf. berichtet über die im Jahre 1911 von Juli bis November in Groß-Rosen grassierende Ruhrepidemie. Er hat bei 119 Patienten genaue Notizen gemacht. Von den 119 Patienten sind 16 gestorben, und zwar zwei infolge Komplikation mit Pneumonie, eine Frau infolge Lungentuberkulose nach vollständiger Beseitigung aller Ruhrerscheinungen und nach bereits zweiwöchigem vollständigen Wohlbefinden; alle übrigen Fälle zeigten mehr oder weniger von Anfang an schwere Herzerscheinungen mit häufig drohendem Kollaps, der sich weder durch Kampfer noch durch Kochsalzinfusionen oder Injektionen beeinflussen ließ. Was die Therapie anlangt, so gehen Verfassers Erfahrungen dahin, daß Opiate, Strychnin, Tannin, Calomel, Bismuthum und die früher als Spezificum gegen Dysenterie angesehene Radix Simarubae u. dergl. nicht die geringste Einwirkung auf den Prozeß im Darm, ja das Opium nicht einmal einen auch nur vorübergehenden, beruhigenden, schmerzstillenden Einfluß ausübten. Die von vornherein sich als äußerst schwer kennzeichnenden Fälle mit frühzeitigen Kollapserscheinungen wurden weder durch Kampfer, Coffein, Kochsalz, weder per anum, noch subkutan auch nur im geringsten günstig beeinflußt. Die Behandlung beschränkte sich anfangs infolgedessen in der Hauptsache auf diätetische Maßnahmen und Darmspülungen mit 25 proz. Lig. Alumin. acet., nach initialer Darreichung einer 10 bis 30 g betragenden Dosis Rizinusöl. Trotz dieser vorsichtigen Diätetik und trotz des im Anfang der Epidemie (und zwar ohne jeden Erfolg) vielfach versuchten oben genannten Speziflcums, der Radix Simarubae, war die Situation eine Zeitlang eine recht mißliche. Da bekam Verf. Kenntnis von Uzara und seit dem Tage, wo Uzara zur Verwendung kam, hatte er keinen Todesfall mehr zu beklagen. Dieses geradezu glänzende Resultat und fernerhin der Umstand, daß ähnliche gute Erfolge von anderer Seite auch bei Diarrhöen aus anderen Ursachen gemeldet werden, veranlaßt Verf. zur dringenden Empfehlung dieses neuen Präparates. Gebrauchsfertige Präparate des Mittels werden hergestellt durch die Uzaragesellschaft zu Melsungen in Hessen-Nassau, und zwar:

1. Uzaratabletten (1 Röhre à 30 Stück zu 1,25 M.). Erwachsenen zweistündlich 3—4, Kindern eine Tablette;
2. Liquor Uzara (zu Rezepten in Tropfen oder Mixtur 10 g 1,15 M., Erwachsenen zweistündlich 30 Tropfen = 1 g, Kindern 6—10 Tropfen);
3. Uzarasuppositorien (für Kinder).
   Packung A. für Kinder unter 3 Jahren, Karton à 10 Stück 2,50 M.
   Packung B. für Kinder von 3—10 Jahren, Karton à 10 Stück 3,00 M.

Ein- bis dreimalige Gabe wird in vielen Fällen genügen.

Prof. Dr. **R. Kafemann** (Königsberg i. Pr.): **Zur Entwicklung der medikamentösen Asthmatherapie.** (Medizinische Klinik, 1911, No. 47.)

Verf. hält das Asthma für eine zentrale Neurose, wobei er jedoch keineswegs die Existenz peripher bedingter Asthmaformen, wie der nasalen, der koprostatischen usw. leugnet. Für die zentrale Entwicklungsursache spricht auch der Erfolg der seit uralter Zeit angewendeten Therapie mittels der giftigen Präparate Hyoscyamin und Atropin. Indessen gelang es nicht, diese Medikation zur allgemeinen Anerkennung zu führen, da durch das Atropin nicht selten schwere Vergiftungserscheinungen hervorgerufen wurden. Einen ausnehmend großen Freundeskreis hat sich dagegen das sogen. Tuckersche amerikanische Geheimmittel zu erobern verstanden. Nachdem es den Bemühungen Einhorns gelungen war, die Bestandteile des Geheimmittels zu isolieren und als die hauptsächlich wirksamen Komponenten Atropin und Kokain zu erkennen, ging man dazu über, diese doch immerhin stark wirkenden Präparate durch minder gefährliche zu ersetzen. August Goldschmidt ersetzte Kokain durch Alypin, Atropin durch Eumydrin, ein verhältnismäßig ungiftiges, bereits von Zuelzer und A. Fraenkel bei Asthma empfohlenes Derivat des Atropins. Unter Benutzung und Modifizierung der von Goldschmidt angegebenen Formel stellte dann das Chemische Institut Dr. Ludwig Oestreicher, Berlin W. 30, eine Inhalationsflüssigkeit her, die Verf. vorliegender Arbeit einer genauen klinischen Prüfung unterzog. Die genaue Zusammenstellung ist folgende: Nach D. R.-P. No. 226 354 aus Perubalsam hergestellte Inhalationsflüssigkeit 73,59 pCt., Alypin 0,94 pCt., Eumydrin 0,47 pCt., die wirksame Substanz der Nebenniere (1,0/1000) 5 pCt., Glyzerin 20 pCt. Das Institut nennt dieses Gemisch Tulisan. Die Anwendung hat in der Weise zu erfolgen, daß mittels des Tulisan-Sprayapparates die Flüssigkeit je dreimal rechts und links in die Nase eingespritzt wird. Sowohl Perubalsam als Nebenniere und Eumydrin haben sich rein empirisch bei Asthma bewährt. Es war deshalb ein glücklicher Gedanke des Herstellers des Tulisan, diese Medikamente zu Komponenten seines Gemisches zu machen. Gegenüber der von Jagic (1909) empfohlenen, immerhin bedenklichen subkutanen Einspritzung einer 1 prom. Adrenalinlösung muß die Applikation in Sprayform in Beziehung auf die Blutgefäße als völlig unbedenklich erscheinen. Einer Verbindung von Alypin behufs Ausschaltung seiner gefäßdilatatorischen Wirkung mit Nebenniere stehen keine Bedenken entgegen. Der von der Firma vertriebene Sprayapparat ist äußerst dauerhaft. Verf. hat einer Reihe von Asthmatikern den Apparat zur Verfügung gestellt. Es konnte in keinem Falle ein Zweifel darüber bestehen, daß die Wirkung des Tulisans nicht nur dem „Tucker" gleichwertig war, sondern sie überragte. K. hält Tulisan für eine wertvolle Bereicherung unseres medikamentösen Arsenals gegen das Asthma. Der Preis ist dem „Tucker" gegenüber lächerlich gering: Tinktur und Apparat kosten zusammen 11 M. (3 + 8). Kr.

Dr. med. **E. Koerber** (Hamburg): **Ueber die Eukalyptusbehandlung des Scharlachs.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Im Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf wurde auf Veranlassung von Oberarzt Dr. Rumpel die von dem englischen Arzt Robert Milne empfohlene Behandlung des Scharlachs mit Eukalyptusöl einer Nachprüfung unterzogen; und zwar in der Weise, daß im Verlauf einer und derselben Scharlachepidemie die eine Serie von Kranken vom 1. Januar bis zum 15. September 1910 in der üblichen Weise behandelt wurde, während von diesem Zeitpunkte an bis zum 1. März 1911 alle weiter aufgenommenen Scharlachfälle der Eukalyptusbehandlung unterzogen wurden. Diese besteht im wesentlichen darin, daß die Kranken vom Kopf bis zu den Fußsohlen mit reinem Eukalyptusöl eingepinselt werden. Dies geschieht in den ersten vier Tagen zweimal täglich, in den folgenden sechs Tagen einmal täglich. Gleichzeitig werden die Tonsillen während der beiden ersten Behandlungstage zweistündlich mit 10 proz. Karbolöl bestrichen. Letztere Maßnahme wurde in Eppendorf erst vom 5. November ab streng durchgeführt, weil sie den behandelnden Aerzten anfangs als nicht unbedenklich erschien. Nur reine Scharlachfälle, aber nicht die Scharlach-Diphtheriefälle, wurden der Eukalyptusbehandlung unterzogen. Milne behauptet, daß durch die Eukalyptusbehandlung u. a. die Infektiosität des Scharlachs völlig aufgehoben wird. Diese Angabe konnte in Eppendorf nicht direkt nachgeprüft werden, weil die Scharlachkranken hier im Krankenhause isoliert gehalten werden. Aber indirekt war ein Urteil über diese Frage dadurch zu gewinnen, daß festgestellt wurde, inwieweit die nach Ablauf der Erkrankung nach Hause entlassenen Patienten dort weitere Erkrankungen hervorriefen. Die Bearbeitung dieser Frage unternahm Verf. auf Grund des Eppendorfer Materials im Hamburger Medizinalamt. Im ganzen lagen 151 mit Eukalyptusöl behandelte Fälle neben 274 in der gewöhnlichen Weise behandelten vor; natürlich war nur ein Teil der Fälle für die Frage zu verwerten. Es fand sich: Uebertragung durch einen zurückgekehrten Fall war mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen 1. unter 86 nicht mit Eukalyptusöl behandelten Fällen 3 mal (= 3,5 pCt.); 2. unter 73 mit Eukalyptusöl behandelten Fällen 4 mal (= 5,5 pCt.). Jedenfalls kann man hieraus schließen, daß die Eukalyptusbehandlung die Infektiosität nicht herabsetzt. Was nun die klinischen Ergebnisse der Eukalyptusbehandlung anlangt, so betrug die Mortalität bei den in der üblichen Weise behandelten Fällen 2,56 pCt., bei den mit Eukalyptus behandelten, wenn man einen moribund aufgenommenen Fall abrechnet, 2 pCt. Bemerkenswerterweise war ein Teil der Komplikationen des Scharlachs bei der Eukalyptusbehandlung entschieden seltener, und zwar die Endokarditis, die Otitis, die Drüsenabscesse und besonders die Nephritis, diese um 50 pCt. Dagegen waren die Gelenkkomplikationen häufiger. Eine Abkürzung des ganzen Verlaufes der Erkrankung konnte bei der Eukalyptusbehandlung nicht festgestellt werden. R. L.

Dr. **Hirschberg** (Berlin-Fichtenau): **Die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bei der Behandlung rheumatischer Erkrankungen.** (Fortschritte der Medizin, 1912, No. 6.)

Die Krankheit abzukürzen und die Kranken sobald als möglich der Genesung zuzuführen und arbeitsfähig zu machen, um eine Veränderung der befallenen Gelenke zurückzuhalten und Rezidiven vorzubeugen, muß gerade bei den in dieser Beziehung prognostisch unerfreulichen Gelenk- und Muskelrheumatismen von Anfang an den Hauptgesichtspunkt einer zielbewußten Therapie bilden. Hier hat sich nun dem Verfasser das Pyrenol auf Grund mehrjähriger Erfahrungen als ein allen Anforderungen entsprechendes Antirheumaticum „auch in solchen Fällen, wo eine mehrwöchige Behandlung mit anderen Salicylpräparaten im Stiche ließ" bewährt. Eminente antirheumatische und antineuralgische Wirkung, Freisein von allen schädlichen Nebenwirkungen, Fehlen der lästigen Schweißbildung, zumal bei der Behandlung ambulanter Kranker sind die besonderen Vorzüge dieses durch die Vielseitigkeit in der

Anwendung (Expektorans, Sedativum) auch auf anderen Gebieten geschätzten Arzneimittels. Einige charakteristische Fälle von akutem fieberhaften Gelenkrheumatismus (anfangs 2 stündl. 0,5 g, später 4 mal tägl. 1 Tablette à 0,5 g Pyrenol), subakutem Gelenkrheumatismus (5 mal tägl. 0,5 g Pyrenol), chronischem Gelenkrheumatismus (4 mal tägl. 0,5 g), Muskelrheumatismus (rheumatischer Genickkrampf 3- bis 4 mal tägl. 1 g Pyrenol) werden eingehend geschildert, um das aus einer großen Anzahl ähnlicher Fälle gewonnene Urteil als berechtigt zu erweisen, „daß die Behandlung solcher Kranker mit Pyrenol auffallend kurze Zeit in Anspruch nahm, und daß andererseits die Heilungsergebnisse dauernde waren. Rezidivfreiheit zum Teil bei Beobachtungszeiten von bereits zwei Jahren".

Die Erwerbsfähigkeit der an Gelenk- und Muskelrheumatismus Erkrankten wird vor allem noch dadurch besonders günstig beeinflußt, daß die im allgemeinen nach öfteren Anfällen von Gelenk- und Muskelrheumatismus zurückbleibenden Veränderungen bei Pyrenolmedikation selten auftreten. Herz und Magen werden auch bei den größten Dosen nicht beeinträchtigt.

Das Pyrenol ist bei allen Arten von Rheumatismus von ausgezeichneter schmerzstillender Wirkung, es setzt die Dauer der Krankheit herab und wirkt auch da, wo andere Antirheumatica versagen. Ge.

Dr. **A. Kuhnow** (Berlin): **Ueber Ovaradentriferrin „Knoll".** (Der Frauenarzt, 1911, No. 10.)

In vielen Fällen von Chlorose, namentlich in Verbindung mit Dysmenorrhoe und Amenorrhoe, die auf mangelhafte oder infantile Entwicklung der Genitalien zurückzuführen sind, oft auch in solchen Fällen von Bleichsucht, bei denen die Untersuchung scheinbar normalen Befund der Genitalien ergibt, lassen sich mit Ovaradentriferrin prompte Erfolge erreichen, während andere Therapien im Stiche lassen.

Degenerative Veränderungen, Ovarialcysten, Oophoritis, Para- und Perimetritiden, welche sich in der Ovarialgegend abspielen, chronische Metritiden, deren unangenehmsten Folgen für die Patientinnen und deren Umgebung oft die dabei auftretenden hysterischen Erscheinungen sind, werden bei lokaler Therapie durch Ovaradentriferrin psychisch sehr gut beeinflußt. Besonders gute Erfolge erreichte Verf. bei verschiedenen Fällen von sexueller Neurasthenie, verbunden mit Frigidität, so daß dem Präparat ein Platz unter den Aphrodisiacis gebührt. Endlich verdient das Ovaradentriferrin als eines der vorzüglichsten Mittel gegen die Beschwerden des Klimakteriums, sowohl des vorzeitigen, durch Operation herbeigeführten, als auch der natürlichen Menopause genannt zu werden. Die Beschwerden des Klimakteriums nehmen oft Formen an, welche andere Krankheiten vortäuschen, so sei z. B. ein Fall erwähnt, in dem die Menopause ohne sonderliche Beschwerden mit 50 Jahren eintrat. Fünf Jahre später stellten sich Leibschmerzen, Kreuzschmerzen, Ziehen in den Beinen, erschwertes Gehen, bedingt durch eine so mangelhafte Beweglichkeit in den Hüftgelenken, ein, daß Pat. fast nicht die Beine spreizen, sie nicht nach außen rotieren konnte. Dieser Zustand blieb trotz aller angewandten Mittel vier Jahre lang stationär, ja, er verschlimmerte sich langsam. Ovaradentriferrin besserte das Leiden in etwa drei Wochen so, daß Pat., die vorher kaum mit Stock und Krücke sich fortbewegen konnte, jetzt leidlich gut ohne Unterstützung und ohne Schmerzen gehen kann, und die Besserung schreitet seit einigen Monaten langsam weiter fort.

In gleicher Weise wurden Beschwerden des Greisenalters, mangelhafte Herztätigkeit, Atemnot, Atrophie der Muskulatur, allgemeine Schwäche usw. unter dem Einfluß von Ovaradentriferrin bedeutend gebessert. K.

Dr. **Klara Kennerknecht** (Hamburg): **Ueber die Behandlung der Spina ventosa mit Pyrogallol.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Wegen der wenig befriedigenden Erfolge der rein chirurgischen resp. operativen Behandlung der Spina ventosa empfiehlt Verf. eine konservative Methode, die sich im Hamburgischen Seehospital Nordheimstiftung seit 4 Jahren bewährt hat. Es handelt sich um die Anwendung einer Pyrogallolsalbe, die ja auch in der Lupusbehandlung eine Rolle spielt. Die Verfasserin berichtet über einige Fälle von tuberkulösen Kindern, bei denen die tuberkulöse Ostitis der kurzen Röhrenknochen durch Behandlung mit Pyrogallolsalbe zur vollständigen Ausheilung kam. Es waren dies nicht etwa beginnende Prozesse, sondern meist solche, die schon länger bestanden und zu eitriger Einschmelzung und Fistelbildung geführt hatten. Die erkrankten Glieder werden täglich eine halbe Stunde lang in Seifenwasser gebadet und dann mit Pyrogallolsalbe verbunden, zunächst mit 10 proz., dann bei leichter Hautreizung mit 5 proz. und schließlich mit 2 proz. Salbe. Zuweilen kommt es zur Ausstoßung kleiner Sequester. Ein frühzeitiges operatives Vorgehen zum Zwecke der etwa im Röntgenbild festgestellten Sequester ist aber nach Verfasserin unter allen Umständen zu vermeiden. Es wurde festgestellt, daß im Röntgenbild erscheinende Sequester unter der Pyrogallolbehandlung völlig resorbiert werden. Die Heilung der tuberkulösen Prozesse nach dem angegebenen Verfahren nimmt allerdings längere Zeit in Anspruch, schon bei weniger fortgeschrittenen Fällen 3—4 Monate, bei mit Fistelbildung einhergehenden 1 Jahr und länger. Aber die kosmetischen und funktionellen Resultate sind gut; die Finger erhalten ihren früheren Umfang und ihre volle Beweglichkeit wieder, das Wachstum bleibt ungestört. R. L.

Dr. **A. Marie**, leitender Arzt des Spitals in Villejuif, Seine: **Erfahrungen mit Bromural in der Psychiatrie.** (Archiv int. d. Neurologie, 1911, No. 4.)

Das Bromural wurde bei Paralyse, Epilepsie, Melancholie, degenerativen Geisteskrankheiten und Dementia praecox verwandt. Bei Paralyse mußte man 3 bis 6 Tabletten und mehr pro Tag geben, die Wirkung hörte schon nach wenigen Stunden auf oder wurde durch Aufregungszustände unterbrochen. Die weniger schweren Erkrankungen reagierten am besten auf die sedative Wirkung des Bromurals. Bei den Fällen des dritten paralytischen Stadiums hatten selbst starke Bromuraldosen keinen Erfolg. Die anderen Geisteskrankheiten zeigten sich bedeutend empfänglicher und zwar schon auf 0,3 g des Präparats. Die Wirkung trat meistens im Zeitraum ungefähr einer Viertelstunde ein. Beim Aufwachen machte sich kein Mattigkeitsgefühl bemerkbar und besonders ließen sich niemals Nebenwirkungen von seiten des Verdauungstraktus beobachten. Bei zwei Melancholikern und bei einem degenerativen Geisteskranken mit Angina pectoris schien durch das Bromural eine gewisse Erleichterung des Beklemmungsgefühls einzutreten.

Wenn auch das Bromural im allgemeinen bei Schlaflosigkeit infolge innerer Erkrankungen nicht einen ununterbrochenen Schlaf gewährleistet, genügt bei älteren Patienten häufig schon die teilweise Nachtruhe zur Erholung. Bei Dementia praecox, besonders Jugendirreseinsformen, mildert das Bromural die katatonischen Anfälle. Außerdem ist es zu empfehlen bei Tachykardie sowohl thyreoiden als auch anderen Ursprungs. Nach den Selbstversuchen des Verf. beschleunigen normalerweise zwei Tabletten das Einschlafen. Die Wirkung zeigt sich in einem Gefühl einer allgemeinen, unbestimmten Müdigkeit, wie nach einer mäßigen körperlichen Anstrengung. Der Schlaf unterscheidet sich wenig vom normalen Schlaf und beim Erwachen machen sich keine Störungen bemerkbar.

Dr. **Otto Westphal** (Erbach i. Rheingau): **Jodival in der Allgemeinpraxis.** (Medico, 1911, No. 43.)

Verf. überzeugte sich zuerst an sich selbst von der guten Jodwirkung und der vorzüglichen Verträglichkeit des Jodivals und verwandte das Präparat dann mit ausgezeichnetem Erfolg in seiner Praxis, z. B. bei ausgesprochener Arteriosklerose mit Schwindelanfällen, bei asthmatischen Beschwerden infolge von starker Korpulenz, bei Bronchitis usw. Zur Demonstrierung seiner Erfahrungen geht er näher auf einen Fall von stenokardischen Beschwerden mit beginnender Arteriosklerose ein, wo das Jodival eine sehr günstige Wirkung zeigte, ohne irgendwelche Magenstörungen hervorzurufen; es ließ sich im Gegenteil eine starke Vermehrung des Appetits bei dem Patienten feststellen. Als Dosis gab Verf. 3 mal täglich eine Tablette; ein Zeichen der guten Jodwirkung war, daß sich bei einer Erhöhung der Dosis auf 3 mal täglich zwei Tabletten Jodschnupfen einstellte, der aber beim Zurückgehen auf drei Tabletten pro Tag schnell wieder verschwand. Der Verf. erklärt, daß er von der Verordnung sonstiger Jodmittel gänzlich abgekommen sei. K.

Serumtherapie.

Prof. **R. Kraus** (Wien): **Ueber die Erfolge der Behandlung der bacillären Dysenterie (Shiga-Kruse) mit antitoxischem Serum.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 10.)

Seit 1905 wird von dem staatlichen serotherapeutischen Institut zu Wien ein antitoxisches Dysenterieserum hergestellt; nach den bisherigen Erfahrungen wird die Krankheitsdauer durch das Serum wesentlich abgekürzt und die Mortalität herabgesetzt. Alle Berichte ergaben, daß bei rechtzeitiger Serumbehandlung die bacilläre Ruhr sehr rasch und günstig beeinflußt wird; die Zahl der Stühle nimmt ab, ihre Beschaffenheit ändert sich, der Tenesmus läßt nach. Im Jahre 1911 wurden weitere günstige Erfahrungen an 2085 mit dem Serum behandelten Dysenteriefällen gemacht. Im Sommer und Herbst 1911 herrschte in Galizien und der Bukowina eine schwere Dysenterieepidemie, welche durch den Bacillus Shiga-Kruse hervorgerufen war. Der Serum wurde dabei subkutan in Mengen von 20 bis 40 ccm verwendet. Das Gesamtresultat bei der Epidemie in Galizien war folgendes: Von 1420 mit dem Serum behandelten Fällen starben 137 Fälle (9,65 pCt.); von 6914 unbehandelten Fällen starben 1321 (19,1 pCt.). Ganz ähnlich war das Ergebnis in der Bukowina. Von 417 mit Serum behandelten Fällen starben 38 (9,1 pCt.), von 733 nichtbehandelten Fällen starben 141 (19,2 pCt.). Aehnlich war das Resultat bei einer Dysenterieepidemie in Südsteiermark. Von

248 Fällen, die mit dem Serum behandelt wurden, starben 30, von 66 unbehandelten starben 17. Auch die prophylaktischen Injektionen haben sich nach den Berichten der behandelnden Aerzte gut bewährt. Nach diesen Erfahrungen sieht Verf. in dem Dysenterieserum ein ätiologisches Heilmittel, welches an die Seite des Diphtherieserums gestellt werden darf. Er sieht in den Ergebnissen gleichzeitig einen Beweis dafür, daß die Shiga-Krusesche bacilläre Dysenterie eine Toxikose ist.

R. L.

Physikalische Therapie.

Dr. **Wolfgang Siegel** (Bad Reichenhall): **Vibrationsmassage bei Asthma.** (Die Therapie der Gegenwart, Februar 1912.)

Verf. hat seit einigen Jahren die Vibrationsmassage des Rückens bei bronchial-asthmatischen Zuständen mit großem Erfolg angewandt. Es fand sich dabei, daß die Wirkung auf die Atmung nicht an allen Punkten des Thorax gleichwertig, ja, daß es durchaus unnötig und überflüssig ist, den ganzen Rücken mit dem Vibrator zu bearbeiten. Es genügt vielmehr die Erschütterung an zwei ganz bestimmten, korrespondierenden Punkten, zwei bis drei Querfinger breit unterhalb des untersten Endes der Scapula und etwas medianwärts. An keiner anderen Stelle des Rückens ist auch nur annähernd eine ähnliche Wirkung zu erzielen. Hier ist das Optimum der Wirkung für den Respirationstraktus, von hier aus lassen sich die durch das Asthma gesetzten akuten Störungen und Symptome beeinflussen und beseitigen, so daß man diese Punkte kurzerhand als die Punkte der Wahl ansehen kann.

Zur Ausführung der Vibrationsmassage benutzt Verf. den durch einen Motor in Bewegung gesetzten Doppelansatz von Reiniger, Gebbert & Schall A.-G., der beide Seiten gleichzeitig zu massieren gestattet und infolgedessen eine raschere und intensivere Wirkung garantiert als ein einfacher Vibrator, den man abwechselnd bald rechts, bald links aufsetzen muß. Die Wirkung ist für den Kranken sehr rasch fühlbar, aber auch der Arzt kann sie mit dem Auge wahrnehmen, er ist also nicht auf die subjektiven Angaben des Kranken angewiesen. Die Atembewegungen werden intensiv beeinflußt, es kommt zu einer Aenderung des Atemmechanismus. Der von asthmatischen Beschwerden freie, normal atmende Asthmatiker empfindet gleich dem Gesunden lediglich das angenehme Gefühl der Erschütterung, eine Aenderung in der Atmung ist für den von hinten über die Schulter blickenden Beobachter nicht festzustellen. Sehr selten löst die Massage Unbehagen oder Schwindelgefühl aus. Sobald aber die Atmung den asthmatischen Typus annimmt, sobald der fehlerhafte Mechanismus einsetzt, macht sich der wohltätige, befriedigende, die Atmung regulierende Einfluß der Massage geltend. Kaum 1—2 Minuten nach Aufsetzen des Doppelansatzes geben die Kranken an, sich leichter zu fühlen und besser und freier durchatmen zu können. Druck- und Spannungsempfindungen auf der Brust weichen, die eben noch so geräuschvolle Respiration wird leise und unhörbar. Beobachtet man dabei den Thorax, so sieht man, wie vor allem jede krampfhafte Atembewegung sistiert, wie die Hilfsmuskeln sich entspannen. Die Atmung vollzieht sich nicht mehr unter Aufbietung aller Kräfte, sondern leicht, gleichmäßig und regelmäßig, und wieder mehr spielend, automatisch, sich dabei vertiefend.

Die Dauer der Massage beträgt zwei bis drei Minuten, doch kann man sie auch länger ausdehnen. Sie kann auf dem Hemd, beim Manne selbst auf der Weste ausgeführt werden; Bedingung ist nur, daß man den am tiefsten stehenden Punkt der Scapula, der zur Orientierung dient, abtasten kann. Korsett und Mieder sind auf alle Fälle abzulegen.

Der Nutzen der Methode ist rein symptomatisch. Man wird damit das Asthma nicht heilen, aber in den meisten Fällen die Beschwerden immer wieder beseitigen, bei sehr schweren Attacken freilich nur erleichtern können.

Kr.

Technisches.

Dr. med. **F. Kurtz**, Frauenarzt in Frankfurt a. M.: **Ein neues Brusthütchen „Infantibus" nach Dr. Stern.** (Klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1911, No. 50.)

Das einzige Mittel, mit dem man sich in Fällen von verkümmerten Warzen und bei Warzenwunden helfen kann, ist ein Brusthütchen. Immer neue Modifikationen der Form und Konstruktion beweisen, daß die vorhandenen den gestellten Anforderungen nicht genügen. Die bekannten Käppchen aus Gummi gleiten ab, sitzen nicht fest und lassen Luft eindringen. Die viel gebrauchten gläsernen Hütchen müssen fest aufgepreßt gehalten werden. Dadurch quetschen sie leicht die Milchkanäle ab oder sie lassen, locker aufgesetzt, Luft zutreten und die Milch nach unten abfließen. Häufig preßt sich die Warze beim Saugen so fest in die starrwandige Kappe hinein, daß die Milchentleerung rasch aufhört und der Säugling nicht weitertrinkt, wenn er nicht schon vorher das Trinken wegen Ermüdung beim Luftleersaugen des zu großen Raumes, der sich immer neu mit Luft füllt, aufgegeben hat. Die Praxis verlangte also nach einem neuen Hütchen. Dieses wurde nun von Dr. Stern (Frankfurt a. M.) so konstruiert, daß es sich selbst rings um die Warze pneumatisch festsaugt, daß es, ohne festgehalten zu werden, sitzen bleibt und so den Luftzutritt und Abfluß der Milch unter dem Hütchen heraus verhindert. Außerdem ermöglicht es dem Kinde ein physiologisches Trinken, d. h., das Kind kann mit Zunge, Lippen und Kiefer die Warzen aussaugen, auspressen und ausstreichen. Das Hütchen ist ganz aus Gummi, läßt sich infolgedessen leicht reinigen und auskochen. Das pneumatische Festsaugen wird dadurch ermöglicht, daß man den ringförmigen Wulst, dem an der Innenfläche eine Rinne entspricht, zusammenpreßt, auf die Brust aufsetzt und wieder losläßt. Die Haut wird dadurch in der Rinne in einer kleinen Falte festgehalten. Dadurch läßt sich das Kind an jede Hohlwarzenbrust ebenso gut wie an eine sehr gespannte Brust ohne weiteres mit Erfolg anlegen. Die Erfahrung zeigt auch, daß das Trinken mit einem derartigen Hütchen an wunden Warzen in vielen Fällen völlig schmerzlos ist, daß es in anderen Fällen den Schmerz so mildert, daß das Stillen ohne große Schwierigkeiten fortgesetzt werden kann, besonders wenn vor dem Anlegen die Wunde erforderlichenfalls mit etwas Borkokainlösung oder einem anderen Anästheticum unempfindlich gemacht wurde. — Es kommen zwei Größen, die eine für Normalwarzen, die andere für außergewöhnlich große oder breite Warzen, in den Handel und werden unter dem Schutznamen „Infantibus" von der Firma Vial & Uhlmann in Frankfurt a. M. zum Preise von 2 M. vertrieben. Eine genaue Gebrauchsanweisung liegt jedem Hütchen bei.

Prof. Dr. **H. Gocht** (Halle a. S.): **Zur Verhütung der Drucklähmungen nach Esmarchscher Blutleere.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1912, No. 6.)

Verf. empfiehlt zur Verhütung der Drucklähmungen dringend die Factisumschnürung. Factis ist ein eigenartiges, fein zermahlenes Gummimaterial, das in der medizinischen Technik u. a. zur Polsterung der Bruchbandpelotten benutzt wird. Man erhält Factis in jedem Bandagengeschäft und näht sich die Kissen in jeder gewünschten Größe aus einem festen leinenen Stoffe; diesen Stoffbeutel füllt man ziemlich fest mit Factis, läßt ihn dann zunähen und noch einmal mit einem recht guten haltbaren Gummistoff beziehen. Bei Momburgscher Blutleere legt Verf. ein Kissen größeren Formats auf die Mitte des Bauches und führt über dieses hinweg die zirkulären Schlauchtouren. Am Oberarm nimmt er ein Kissen kleineren Formats, legt es auf die Partie der Nerven und Blutgefäße und führt hierüber die Bindentouren um den Arm. Das Factiskissen schmiegt sich fest, aber aufs höchste elastisch der Armrundung an und fügt dem normalen Fett- und Muskelpolster ein weiteres Polster hinzu, das also keinesfalls als Pelotte wirkt, sondern bei bester Kompression nur das Quetschen in der Tiefe hintanhält.

Kr.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 20. März 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr **A. Pinkuss** berichtet über die Erfahrungen, die er bei seinen seit längerer Zeit angestellten Versuchen mit der **verschiedenartigen Anwendung der Mesothoriumtherapie bei Krebskranken** gewonnen hat. Er konnte weder von der Trinkkur, bei der er Intoxikationserscheinungen, wie Auftreten von Erbrechen und profusen Diarrhöen, nach hohen Dosen erfuhr, noch von der lokalen Injektion von Thorium-X-Lösungen, noch von den intravenösen Injektionen eine positive Heilwirkung konstatieren; allerdings traten selbst bei hohen Dosierungen der Injektionen Intoxikationserscheinungen nicht auf, abgesehen von dem Auftreten von lokalen Nekrosen bei in die Umgebung fehlgegangener intravenöser Injektion. Günstigere Einwirkung beobachtete der Vortragende bei der lokalen Bestrahlung mit mesothoriumhaltigen Kapseln. Vortragender zeigt eine Kranke, bei der ein etwa handtellergroßes Exulcerationsrezidiv nach vorangegangener Mammacarcinomoperation bis zur Hälfte schon vernarbt ist, wobei der carcinomatöse Prozeß in den noch nicht bestrahlten benachbarten Rezidivknoten, die zum Teil auch exulceriert waren, scheinbar zum Stillstand gekommen war; gleichzeitig hatte sich das Allgemeinbefinden der Patientin bedeutend gebessert. Sodann stellt er eine Kranke mit Vaginalrezidiv nach vorangegangener Uteruscarcinomoperation vor, bei der seit längerer Zeit das Rezidiv sich nicht vergrößerte, ohne daß die Bestrahlung durch die Schleimhaut hindurch diese beschädigte. Schließlich zeigt er noch eine Frau mit einer carcinomatösen Infiltration in dem Gebiete der vorangegangenen Mammacarcinomoperation, bei der die Bestrahlung eine Erweichung und nachfolgende Schrumpfung einzelner Knoten bewirkt hatte und wo bei einzelnen längeren Bestrahlungsvornahmen in der

Inguinalgegend derselben Seite, in der auch Drüsenrezidive sich befanden, ein erysipelartiges Erythem nebst ödematöser Schwellung der Haut jedesmal auftrat, welches nach wenigen Tagen wieder zu verschwinden pflegte; Vortragender deutet diese Erscheinung als Fernwirkung der Bestrahlung. Die Beobachtungen über die Einwirkung der Mesothoriumbestrahlung bei Krebs sind noch nicht abgeschlossen. Vortragender betont ausdrücklich, daß von einer etwa beobachteten Heilung des carcinomatösen Prozesses nicht die Rede sein kann, daß aber die Mesothoriumbestrahlung zur Unterstützung der operativen Maßnahmen nur als Ersatz derselben, da, wo solche nicht angängig sind, zu versuchen ist. Die Mesothoriumbestrahlung ist der Radiumbestrahlung gleichwertig, der Röntgenbestrahlung in mancher Hinsicht überlegen. (Autorreferat.)

Tagesordnung:

Kann die Ovarientransplantation als erfolgreiche Behandlung der Ausfallserscheinungen kastrierter Frauen angesehen werden? (Kurzer Vortrag mit Patientinvorstellung.)

Herr **Emil Engel** bespricht die verschiedenen Ursachen des Klimakteriums und gibt einen kurzen Ueberblick über Transplantationsversuche in der amerikanischen, französischen und deutschen Literatur. Dann streift er kurz die bereits im vorigen Jahre von ihm publizierten Fälle von Autotransplantation und erwähnt, daß eine größere Anzahl Frauen in gleicher Weise mit ebenfalls günstigem Erfolge operiert wurde.

Im vorliegenden Falle ist die Patientin, eine frühere Krankenpflegerin, wiederholt operiert worden; zuletzt wurden ihr im Jahre 1909 beide Ovarien exstirpiert, wonach sich heftige Ausfallserscheinungen, Schmerzen im Unterleib und schwere Uterusblutungen einstellten. Im darauffolgenden Jahre mußte Vortragender den Uterus supravaginal amputieren wegen schwerer Adhäsionen nach der letzten Operation und wegen der Blutungen. Da sich die Ausfallserscheinungen, täglich schwere Anfälle von aufsteigender Hitze mit darauffolgender Uebelkeit und heftigem Erbrechen, Unruhe, Schlaflosigkeit, psychische Störungen, Verfolgungsideen, andauernd verschlimmerten, hat ihr Vortragender schließlich im Jahre 1911 ein einer anderen Patientin entnommenes Ovarium eingesetzt. Im Gegensatz zu anderen Autoren versuchte er eine vaginale Operation und hat es dadurch, daß er das Ovarium auf die stehengebliebene Portio nähte, erreicht, daß er die Anheilung durch Palpation wie durch das Auge kontrollieren konnte. Die Operation ist leicht, einfach und ungefährlich. Ganz langsam gingen die heftigen Beschwerden zurück und erst nach 7 Wochen hatte die Patientin den ersten anfallsfreien Tag. Seitdem hat sie nur gelegentlich noch eine leichte Wallung, die, ohne irgendwelche schwereren Erscheinungen hervorzurufen, sofort vorübergeht. Die Ausfallserscheinungen sind vollständig geschwunden, die Patientin erfreut sich einer vollkommenen Ruhe und eines gesunden Schlafes, die psychischen Störungen, Verfolgungsideen und Selbstmordgedanken sind nie wieder aufgetreten; sie hat eine Stellung als Wirtschafterin und zur Assistenz bei Operationen angenommen. Auf Grund dieses so überaus günstigen Resultates ist Vortragender der Ansicht, daß es auch gelingen müsse, ähnliche Erfolge bei Frauen zu erzielen, die zwar im klimakterischen Alter stehen, bei denen aber derartige schwere Ausfallserscheinungen auftreten, daß sie mit den üblichen Mitteln nicht bekämpft werden können, und rät dringend an, auch bei diesen schwersten Fällen mit der Ovarientransplantation Heilung zu versuchen. (Autorreferat.)

Diskussion:

Herr **Gottschalk** wendet ein, daß es sehr schwer sei, aus den klinischen Symptomen eine exakte Beweisführung zu erbringen. Es wäre interessant und für den Beweis erforderlich, durch einen Schnitt durch die Portio nachzusehen, ob funktionsfähiges Ovariumgewebe vorhanden ist.

Herr **Munter**: Es ist ein eigentümliches Ding mit der Behandlung von Psychosen durch chirurgische Eingriffe. In jedem solchen Falle muß man unterscheiden, war die Patientin schon vorher psychopathisch, oder ist sie es erst im Anschluß an das Unterleibsleiden geworden. Bei der vorgestellten Patientin handelte es sich zweifellos um eine hysterische Psychose; diese ist aber von guter Prognose und kann von selbst ausheilen. Vom neurologischen und allgemeinärztlichen Standpunkte protestiert M. gegen die zuletzt vom Vortragenden ausgesprochenen allgemeinen therapeutischen Grundsätze. Ist es doch bekannt, daß es eine Hysteria post operationem gibt, welche eine der hartnäckigsten ist.

Herr **Engel** (Schlußwort).

Zur Chemotherapie bakterieller Infektionen.

Herr **Morgenroth** hat vor einem Jahre über chemotherapeutische Versuche, die er bei mit Trypanosomen infizierten Tieren angestellt, berichtet. Damals, wie auch heute, handelte es sich um ein Derivat des Chinins, das Hydrochinin, das sich dem Chinin nicht unerheblich überlegen erwies. Ein höheres Homologon des Chinins wirkte noch besser; die Versuche an Tieren, die mit Pneumokokken infiziert waren, fielen aber negativ aus. Versuche mit dem Aethylhydrokuprein, einem nächsthöheren Homologon des Hydrochinins, ergaben ein erheblich besseres Resultat. Verwendet wurde zur Infektion ein hoch virulenter Pneumokokkenstamm, von dem das 10- bis 100-fache der tödlichen Dosis den Mäusen intraperitoneal injiziert wurde. Das Resultat war, daß alle nach 24 bis 28 Stunden eingingen. Injizierte man nun eine nichttödliche Dosis des Mittels subkutan und setzte die Behandlung an den vier folgenden Tagen fort, so gelang es bei etwa einem Drittel der Tiere, die Infektion dauernd zu verhindern. Noch besser waren die Resultate, wenn die Behandlung 6 Stunden nach der Infektion begann und in ähnlicher Weise fortgesetzt wurde; dann konnte die Hälfte der Tiere am Leben erhalten werden. Das befriedigte aber noch nicht, weil man konstante Ergebnisse zu sehen wünschte. Auf Grund theoretischer Erwägungen kam M. zur Annahme, daß es notwendig sei, das wirksame Mittel in nicht zu hoher Konzentration, aber möglichst lange auf die im Tierkörper befindlichen Mikroorganismen einwirken zu lassen. Dies wurde dadurch erreicht, daß man große Dosen injizierte, die Resorption derselben aber verlangsamte, indem die durch Alkali ausgefällte Base mit Oel subkutan unter die Haut gespritzt wurde. Auf diese Weise kann man relativ große Mengen des Mittels (das Dreifache) zuführen und erhält eine kontinuierliche, über Tage sich erstreckende Resorption. Durch eine derartige an vier aufeinander folgenden Tagen durchgeführte Behandlung konnte Vortragender in 90 bis 100 pCt. eine dauernde Heilung erzielen. Endlich gelangte er dahin, daß er bei Anwendung einer größeren Dosis auch durch eine einmalige Injektion des Mittels die Infektion verhüten konnte. Was den Vergleich des Mittels mit der Wirkung des Chinins betrifft, so ist aus den angefertigten Diagrammen ersichtlich, daß bei der neuen Methode dem Chinin im Tierexperiment keine Wirkung auf die Pneumokokken zukommt. Für die experimentelle Forschung ist mit den geschilderten Versuchen ein weites und neues Feld eröffnet. Die klinische Erprobung bietet ihre eigenen und besonderen Schwierigkeiten.

Diskussion:

Herr **A. Fränkel** hat das Mittel zur klinischen Prüfung in 21 Fällen von Pneumonie verwendet. Bei dieser kleinen Zahl konnte er keine Kontrollversuche anstellen. Die Mortalität der Pneumonie in Krankenanstalten schwankt zwischen 16 bis 30 pCt. Unter den 21 mit dem Aethylhydrokuprein in wässeriger Lösung behandelten Fällen starben 4 (19 pCt.); von diesen 4 hatten aber 3 eine Pneumonia duplex und waren in einem schweren Zustand eingeliefert worden; der vierte war am 8. Tage nach Beginn der Behandlung, als er fast geheilt aufstehen wollte, an Herzparalyse gestorben. Von der Serumtherapie der Pneumonie hat F. keinen Erfolg gesehen; das kann auch nicht wundernehmen, da die Pneumokokkeninfektion des Menschen geringe immunisatorische Wirkung ausübt. Das Aethylhydrokuprein ist indes noch nicht das Mittel, das wir brauchen, weil es eine unangenehme Nebenwirkung hat. Diese besteht in dem Auftreten einer Amblyopie (in den 21 Fällen 3 mal beobachtet). Die verabfolgte Einzeldosis war 0,5 g; die Tagesdosis 1,0—2,5 g. Die Amblyopie ist schnell vorübergegangen, die Augenuntersuchung ergab eine auffallende Enge der Retinalgefäße, das Gesichtsfeld war eingeengt, Finger konnten in 1—2 m Entfernung gezählt werden. Sonstige Nebenwirkungen waren unerheblich. Was die Wirkung auf den Verlauf betrifft, so war in 9 Fällen keine deutliche Wirkung zu sehen, in 6 Fällen war sie zweifelhaft und in 6 anderen Fällen schien eine Einwirkung auf die Pneumonie zu bestehen. Der Fieberabfall setzte hier schon am 4.—6. Tage ein und die Temperatur ging nicht wieder in die Höhe. Vorderhand möchte F. die Hoffnung, mit dem Mittel die Pneumonie des Menschen zu beeinflussen, noch zurückschrauben.

Herr **Fritz Meyer**: Bei der Pneumokokkeninfektion der Mäuse handelte es sich um eine typisch verlaufende Erkrankung, während dieser Verlauf beim Menschen nicht vorhanden ist. Hier zeigen sich eine Reihe von Erscheinungen, die nicht auf die Pneumokokken zurückzuführen sind, sondern auf autolytische Prozesse in den Lungen. Gegen die Stoffe, die das hervorbringen, gelang es ihm mit Adrenalin wirksam vorzugehen.

Herr **Morgenroth** (Schlußwort). Britzmann.

IV. Bücherschau.

Studie über die Zuckerkrankheit (Die Pathochemie des Diabetes). Von Dr. **Hugo Holländer**, dirig. Chefarzt des Ofner Ambulatoriums zu Budapest. Wien und Leipzig 1911, Wilhelm Braumüller, k. und k. Hof- und Universitätsbuchhändler. 78 S. 1,80 Kr. = 1,50 M.

Verf. hebt mit Recht hervor, daß es sich bei der Zuckerkrankheit um kein einheitliches Krankheitsbild handelt, sondern daß dabei sowohl hinsichtlich des Charakters der Stoffwechselstörung als auch der Aetiologie nach eine Reihe verschiedener Krankheitsformen zu unterscheiden sind. Er sucht nun in der vorliegenden wesentlich theoretischen Studie gewissermaßen Ordnung in das vielgestaltige Krankheitsbild zu bringen. Zunächst unterscheidet er eine renale und eine hyperglykämische Glykosurie. Erstere kommt für den eigentlichen Diabetes nicht in Betracht. Die letztere teilt er wieder in Untergruppen ein, je nach den Quellen, aus denen

das Zuckerplus im Blut entstanden zu denken ist, in eine Glykosuria ex amylo vel saccharo einerseits und Glykosuriae e lecithino, ex adipe, ex albumine andererseits. In klinischer Hinsicht schlägt er für die reinen Stärkeglykosurien die Bezeichnung Glykosuria diabetica symptomatica, für die übrigen Glykosurien der hyperglykämischen Gruppe die Bezeichnung Glykosuria diabetica essentialis vor. In sehr ausführlichen theoretischen Darlegungen setzt Verfasser auseinander, wie er sich die pathologischen Stoffwechselvorgänge bei diesen verschiedenen Diabetesformen, die in ausgebildeten Fällen kombiniert auftreten, im einzelnen denkt. Eine besondere Bedeutung legt er dabei der Störung des Lecithinstoffwechsels bei. Im Zusammenhang hiermit glaubt er, daß der große diabetische Krankheitsprozeß in sehr vielen Fällen pathogenetisch als Folgezustand eines unbehandelten chronischen Duodenalkatarrhs anzusehen sei. Im übrigen teilt er den eigentlichen Diabetes in ätiologischer Beziehung in 4 Haupttypen ein, einen Typus abdominalis mit den Unterarten des Diabetes enterogenes, hepatogenes und pankreatogenes, einen Typus nervosus (Diabetes neurogenes), einen Typus haematicus (Diabetes haematogenes, Infektionsdiabetes) und einen Typus lymphaticus (Diabetes lymphogenes). Verf. betont, daß nur die genaueste Untersuchung sämtlicher Organsymptome den Arzt in den Stand setzt zu erkennen, in welche Gruppe der Einzelfall gehört. Diese ätiologische Differenzierung des Diabetes ist, wie Verf. zum Schluß auseinandersetzt, für die Therapie von der größten Bedeutung; es werden dadurch die für jeden Fall maßgebenden therapeutischen Leitprinzipien bestimmt. Mag auch recht viel Hypothetisches in den Ausführungen des Verf. stecken, so ist doch anzuerkennen, daß mancher fruchtbare Gedanke darin sich findet, vor allem, daß die Schrift viele Anregung gewährt; sowohl dem klinischen Diabetesforscher wie dem praktischen Arzt, der in der Behandlung des Einzelfalles sein Bestes leisten will.

Ernährung und Pflege des Kindes bis zum Ende des zweiten Lebensjahres sowie die Verhütung seiner Erkrankung. Von Dr. **Josef** und **Siegmund Taussig**. Fünftes bis achtes Tausend. Wien und Leipzig, Wilhelm Braumüller. 187 S. Geb. 2,40 Kr. = 2 M.

Das vorliegende Werkchen wendet sich an weitere Kreise, vornehmlich an die Mütter und sonstigen Kinderpflegerinnen; es stellt in allgemeinverständlicher Form die Gesundheitspflege des Kindes in den beiden ersten Lebensjahren dar. Den breitesten Raum nimmt erklärlicherweise die Besprechung der Ernährung ein; kurz werden auch die wichtigsten Punkte aus der Physiologie des Kindes in den beiden ersten Lebensjahren, ferner die häufigsten Kinderkrankheiten und die Maßnahmen zu ihrer Verhütung besprochen. Die Darstellung entspricht im großen und ganzen den Anschauungen der modernen Pädiatrie. Das Buch kann unbedenklich Laien in die Hand gegeben werden, da es sich von jeder Anleitung zum Selbstbehandeln grundsätzlich fernhält. R. L.

Grundriß der Säuglingskunde. Ein Leitfaden für Schwestern, Pflegerinnen und andere Organe der Säuglingsfürsorge. Von Dr. **St. Engel**, Oberarzt der Kinderklinik der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf. Mit 58 Textabbildungen. **Nebst einem Grundriß der Säuglingsfürsorge.** Von Dr. **Marie Baum**, Geschäftsführerin des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirke Düsseldorf. Mit 4 Textabbildungen. Wiesbaden 1912, Verlag von J. F. Bergmann. Preis 4,60 M.

Die beiden Verfasser, in der Ausbildung von Schwestern und Pflegerinnen für Säuglinge wohlbewandert, haben in dem vorliegenden Buche einen ausgezeichneten Leitfaden für die Organe der Säuglingsfürsorge geschaffen. Die Kollegen, die Kurse in Säuglingspflege und Säuglingsfürsorge erteilen, werden das Buch als gute Grundlage für ihre ausbildende Tätigkeit benutzen können. R.

Herr Kreisphysikus a. D. Dr. **F. Schilling** in Leipzig, Verfasser des in unserer vorigen Nummer (S. 196) besprochenen Buches über **Leberkrankheiten**, ersucht uns unter Berufung auf § 11 des Preßgesetzes — das Auffahren so schweren Geschützes war wohl unnötig — um Aufnahme folgender

Berichtigung:

In No. 15 d. Bl. wird in einer Besprechung meiner Leberkrankheiten auf einen Druckfehler „Hepatose" statt (Hepaptose oder) „Hepatoptose" hingewiesen. Hepatose ist durchaus kein Druckfehler, sondern findet sich mehrfach in der neueren Literatur. Schilling (Leipzig).

Wir bemerken dazu, daß die Zusammenziehung von Hepatoptose in Hepatose unserer Ansicht nach eine linguistische Gewaltat darstellt, und daß der Herr Verfasser besser getan hätte, diese sprachliche Neuschöpfung einzelner Vorgänger, die eine Mißbildung ist, in seine Schrift nicht aufzunehmen. Red.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Erst jetzt, nach zwei Jahren, ist ein zwei Sanitätsoffiziere der Reserve betreffender **Ehrenhandel** bekannt und in Tageszeitungen deshalb viel besprochen worden, weil er den Anlaß zu einer Entscheidung des Kaisers gab, die eine grundsätzliche Stellungnahme zur Duellfrage enthält. Der Oberarzt der Landwehr Dr. S. hatte seinen Gegner, den Stabsarzt d. R. Dr. Sch., der ihn beleidigt hatte und deshalb vom Schiedsgericht des Aerztevereins, dem sie beide angehörten, mit einem Verweis bestraft worden war, als grundsätzlicher Duellgegner nicht zum Duell gefordert; es war deshalb von einem württembergischen stabsärztlichen Ehrengericht gegen ihn Antrag auf Entlassung mit schlichtem Abschied gestellt worden. Vom Kaiser wurde jedoch die Einleitung eines ehrengerichtlichen Verfahrens gegen Dr. S., der dem preußischen Heeresverbande angehörte, abgelehnt, da eine aus religiöser Ueberzeugung entsprungene grundsätzliche Verwerfung des Zweikampfes sich nicht zum Gegenstande ehrengerichtlicher Beurteilung machen lasse, gleichzeitig aber ausgesprochen, daß ein Sanitätsoffizier, der in dieser Hinsicht mit den Grundanschauungen seiner Standesgenossen in Widerspruch stehe, nicht länger in seiner Dienststellung belassen werden könne. Da Dr. S. in der Sache völlig schuldlos war, wurde ihm aus Gnade gestattet, unverzüglich seine Entlassung nachzusuchen. — Gegen Dr. Sch., der übrigens auf Grund einer Privatklage des Dr. S. wegen Beleidigung gerichtlich zu 100 M. Geldstrafe verurteilt worden ist, wurde ein ehrengerichtliches Verfahren nicht eingeleitet.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Zu leitenden Aerzten am Auguste-Viktoria-Krankenhause zu Weißensee bei Berlin, dessen bisherige Aerzte die Leitung des Lazarus-Krankenhauses übernommen haben, sind provisorisch bestellt worden die Herren Dr. Hans H. Schmidt (innere Abteilung) und Dr. F. Selberg (chirurgische Abteilung).

— Dem Privatdozenten für innere Medizin, dirigierenden Arzt am Elisabeth-Krankenhause Dr. med. Hans Burghart ist der Professortitel verliehen worden.

Halle a. S. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Genzmer ist von seiner Stelle als Oberarzt der chirurgischen Abteilung am Diakonissenhause zurückgetreten; an seine Stelle wurde Dr. med. Hans Fielitz berufen.

— Hierselbst ist der früher in Erfurt ansässig gewesene Augenarzt Dr. A. Beck an einer Blutvergiftung gestorben, die er sich bei der Behandlung eines Kranken zugezogen hatte.

Breslau. Als Nachfolger des bisherigen Direktors der psychiatrischen Klinik an der Breslauer Universität Geheimrat Bonhoeffer, der nach Berlin berufen und soeben dorthin übergesiedelt ist, hat die medizinische Fakultät den Ordinarius der Psychiatrie Prof. Dr. Bleuler in Zürich und den Extraordinarius Prof. Dr. Alzheimer in München vorgeschlagen.

Königsberg. Als Nachfolger von Prof. Martin Hahn ist Prof. Kisskalt, Abteilungsvorsteher am Hygienischen Universitätsinstitut in Berlin, als ordentlicher Professor der Hygiene hierher berufen worden.

Rostock. Dem Privatdozenten für innere Medizin Dr. med. Adolf Kühn ist der Charakter als Professor verliehen worden.

Dresden. Der bisherige erste Assistenzarzt Dr. Emil Vogt wurde zum Oberarzt der Kgl. Frauenklinik ernannt.

Gießen. In Ergänzung der in No. 13, S. 172 und in No. 15, S. 196 unter „Kiel" gebrachten Notizen teilen wir noch mit, daß Dr. J. W. Miller in der Tat einen Ruf nach Kiel als städtischer Prosektor erhalten, aber abgelehnt hatte.

Darmstadt. An Stelle von Geheimrat Neidhart wurde der seitherige Kreisarzt des Kreisgesundheitsamts in Mainz Med.-Rat Dr. August Balser zum Vortragenden Rat in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des hessischen Ministeriums des Innern mit dem Amtstitel Obermedizinalrat ernannt.

München. Prof. Dr. Richard Frommel, früher Ordinarius der Gynäkologie in Erlangen, ist gestorben. 1854 geboren, hatte sich Frommel nach erlangter Approbation als Assistent von Carl Schroeder in Berlin in seinem Sonderfach ausgebildet. 1882 habilitierte er sich in München und wurde von dort 1887 als Ordinarius der Gynäkologie nach Erlangen berufen. Im Jahre 1901 gab er diese Stellung auf und siedelte nach München über. Hier begründete er gemeinsam mit dem kürzlich verstorbenen Prof. v. Winckel die Gynäkologische Gesellschaft. Außer durch Einzelarbeiten hat sich Frommel als Redakteur des Jahresberichts für Gynäkologie und Geburtshilfe literarisch bekannt gemacht.

Straßburg i. E. Dem Privatdozenten der Kinderheilkunde Dr. H. Vogt ist der Professortitel verliehen worden.

Wien. Folgende außerordentliche Professoren der Medizin haben den Titel und Rang ordentlicher Universitätsprofessoren erhalten: Prof. Dr. A. Haberda (gerichtliche Medizin), Prof. Dr. J. Scheff (Zahnheilkunde), Prof. Dr. M. Neuburger (Geschichte der Medizin). Zu außerordentlichen Professoren wurden ernannt der bisherige Titularextraordinarius Dozent Prof. Dr. Otto Zuckerkandl (Chirurgie, speziell Urologie) und die Privatdozenten Dr. Friedrich Reuter (gerichtliche Medizin), Dr. J. Rothberger (allgemeine und experimentelle Pathologie), Dr. A. Froehlich (Pharmakologie) und Primararzt Dr. L. Ritter vom Zumbusch (Dermatologie und Syphilis). Den Titel „außerordentlicher Universitätsprofessor" haben endlich erhalten die Privatdozenten Primararzt Dr. K. Ewald (Chirurgie), Dr. E. Schwarz (innere Medizin), Dr. M. Hajek (Nasen- und Halskrankheiten), Dr. J. Neumann (Frauenheilkunde), Dr. V. Hammerschlag (Ohrenheilkunde), Dr. F. Pineles (innere Medizin), Primararzt Dr. W. Türk (innere Medizin), Dr. R. Weiser (Zahnheilkunde), Dr. A. Fuchs (Nervenkrankheiten), Dr. H. Salomon (innere Medizin), Dr. P. Clairmont (Chirurgie) und Dr. F. Kermauner (Gynäkologie).

Graz. Der Privatdozent der Gynäkologie Dr. Max Stolz hat den Titel „außerordentlicher Universitätsprofessor" erhalten.

Lemberg. Zum ordentlichen Professor der pathologischen Anatomie an der hiesigen Universität ist Dr. Z. v. Dmochowski, bisher in Warschau, ernannt worden.

Budapest. Der Laryngologe Privatdozent Dr. Egmont Baumgarten ist im Alter von 52 Jahren an Blutvergiftung gestorben. Die Infektion war bei der Behandlung eines jungen Mädchens erfolgt, das ihn während eines Eingriffs in den Finger biß.

Athen. Die hellenische Universität zu Athen hat anläßlich ihrer 75 jährigen Stiftungsfeier eine große Zahl von Ehrendoktoren ernannt, unter denen sich von deutschen Medizinern die Herren v. Behring, Paul Ehrlich und Julius Hirschberg befinden.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Der **Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege** wird in Gemeinschaft mit der **Vereinigung der Schulärzte Deutschlands** seine diesjährige 12. Versammlung vom 28. bis 30. Mai in Berlin unter dem Vorsitz des Ministerialdirektors Kirchner halten. Die Versammlung wird mit einem Vortrage des Vorsitzenden über „Tuberkulose und Schule" eröffnet werden. Das Hauptreferat „Heizung und Lüftung in Schulen" wird von Prof. Dr. Reichenbach, Direktor des Hygienischen Instituts in Göttingen, als medizinischem Referenten, und Prof. Dr. Brabée, Vorsteher der Prüfungsanstalt für Heizungs- und Lüftungseinrichtungen der technischen Hochschule in Charlottenburg, als technischem Referenten behandelt. Außerdem sind eine Anzahl von Vorträgen aus dem Gebiete der Schulhygiene vorgesehen. Die Schularztvereinigung wird in Vorträgen die Frage der zweckmäßigsten schulärztlichen Untersuchungsmethoden erörtern. Anfragen betreffs der Versammlung sind an den Vorsitzenden des Ortsausschusses, Geh. Obermedizinalrat Dr. Abel, Ministerium des Innern, Berlin NW., Schadowstraße 10, oder an den Geschäftsführer, Prof. Dr. Selter, Bonn, Hygienisches Institut der Universität, zu richten.

Rom. Die 10. **Internationale Tuberkulosekonferenz,** die wegen Behinderung des Vorsitzenden Ministers Léon Bourgeois (Paris) von dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamts Bumm (Berlin) geleitet wurde, hat die **Internationale Tuberkulose-Medaille,** die höchste Auszeichnung für Verdienste um die Bekämpfung der Tuberkulose, an den ehemaligen Minister Prof. Baccelli (Rom), Minister Léon Bourgeois (Paris), Dr. Dewez (Mons), Direktor des Gesundheitsamtes Dr. Schmid (Bern), Baron Tamm (Stockholm) und Prof. Pannwitz (Berlin) verliehen. Die nächste Konferenz wird 1913 in Berlin stattfinden. — In der Frage des Verhältnisses zwischen Menschen- und Rindertuberkulose beschloß die Konferenz eine Resolution, daß trotz der relativen Seltenheit der Uebertragung der Rindertuberkulose die entsprechenden Vorsichtsmaßregeln bei der Gewinnung, Untersuchung und dem Genuß von Fleisch und Milch geboten seien. — Ferner berichtete Frl. Prof. Gräfin v. Linden (Bonn) über chemotherapeutische Versuche zur Heilung der Tuberkulose, die sie unter Leitung des kürzlich verstorbenen Hygienikers Prof. Finkler als dessen Mitarbeiterin angestellt hat. Es sind danach Heilungen tuberkulöser Meerschweinchen mit Kupferverbindungen und jodiertem Methylenblau erzielt worden, und es sollen Meissen in Hohenhonnef und Strauss in Barmen durch diese Mittel bereits bei Menschen mit Lungen- und Hauttuberkulose Erfolge zu verzeichnen gehabt haben.

London. Auf dem 17. **Internationalen medizinischen Kongreß,** London, 6. bis 12. August 1913, werden in den allgemeinen Sitzungen Vorträge halten: Chauffard (innere Medizin), Harvey Cushing (Chirurgie), Paul Ehrlich (allgemeine Pathologie). Bisher ist die Bildung von 22 Abteilungen vorgesehen; das Komitee schlägt die Bildung einer 23. Abteilung für Geschichte der Medizin vor. Vorsitzender des Kongresses ist Sir Thomas Barlow, Generalsekretär Dr. W. P. Herringham, London W., 40 Wimpole Str.

Gerichtliches.

Berlin. Eine Frage aus dem Gebiete des **Urheberrechts,** die gegenwärtig, wo so viele Aerzte sich als Erfinder wissenschaftlicher Apparate betätigen, sicherlich auch für manchen Kollegen Interesse hat, beschäftigte kürzlich das Reichsgericht. Der Buchdruckereibesitzer P. in J. war wegen Nachdrucks der Gebrauchsanweisung, die zu einem von dem Arzte Dr. L. konstruierten medizinisch-chemischen Apparat gehört, vom großherzoglichen Landgericht zu Eisenach im vorigen Jahre zu einer Geldstrafe verurteilt worden. Die von P. gegen dieses Urteil eingelegte Revision wurde am 13. Februar d. J. vom 4. Strafsenat des Reichsgerichts verworfen. Aus der Begründung des Urteils ist folgendes hervorzuheben: Die Auffassung des Vorderrichters enthält keinen Rechtsirrtum, da er, wie aus der Begründung des ersten Urteils hervorgeht, richtig annimmt, „daß es sich um eine über das Instrument und die Art, wie es sachgemäß zu handhaben sei, belehrende Erörterung, sonach also nicht um eine rein mechanische, auf der Zusammenstellung gewisser Tatsachen beruhende Arbeit, sondern um ein eigenes geistiges Schaffen handelt". — Der Beschwerdeführer hatte ferner, um darzutun, daß ihm bei seiner Handlungsweise das Bewußtsein einer unerlaubten Tätigkeit gefehlt habe, angegeben, daß die Buchdrucker seines Wohnortes Bestellungen auf derartige Drucksachen ohne weiteres auszuführen pflegten. Darin würde aber, wie das Urteil bemerkt, nur ein nicht zu berücksichtigender strafrechtlicher Irrtum liegen, nicht aber eine bloße Fahrlässigkeit.

Leipzig. Der „Med. Klinik" entnehmen wir die Mitteilung folgender für die Frage der **Haftpflicht des Arztes** wichtigen Reichsgerichtsentscheidung. Darin handelt es sich um die Frage, ob der Arzt auch für Gefälligkeitsdienste haftbar gemacht werden darf. Ein Arzt hatte sich eines jungen Mannes angenommen, der sich die beiden Beugesehnen des rechten Zeigefingers durchgeschnitten hatte. Hierbei unterließ er unerklärlicherweise die sofortige Wiedervereinigung der beiden Sehnenstränge, begnügte sich vielmehr mit der Zunähung der Schnittwunde. Die Folge davon war eine sehr beträchtliche Verkrümmung und Steifheit des Fingers. Der Patient klagte auf Schadenersatz und das Reichsgericht entschied, daß ein Arzt, auch wenn er bei einem Unglücksfalle ohne Vertrag und unentgeltlich nur aus Gefälligkeit die Behandlung des Verletzten übernimmt, gleichwohl für den Schaden haftet, der durch eine den Regeln der ärztlichen Kunst nicht entsprechende Behandlung entsteht. Mit der Uebernahme der ärztlichen Behandlung erwächst dem Arzt, einerlei aus welchem Grunde diese Uebernahme erfolgt, die rechtliche Pflicht, in sachgemäßer Weise sich um die Heilung des verletzten Fingers zu bemühen, oder aber, falls er die Behandlung nicht selbst vollziehen will, den Patienten an einen Spezialisten zu verweisen. Eine solche Pflicht geht auch daraus hervor, weil er mit der Uebernahme der Behandlung in den ursächlichen Zusammenhang eingegriffen hat und deshalb zur Ausübung positiver Tätigkeit verbunden war. Bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt war es für ihn erkennbar, daß die beiden Sehnenstränge durchtrennt waren, und daß zur Wiederherstellung des Fingers die sofortige Wiedervereinigung erforderlich war. Den Einwand des Arztes, daß ein Schenkungsvertrag vorliege, weil seine Behandlung unentgeltlich war, er mithin als Schenker nach § 521 BGB. nur zu haften habe, wenn er vorsätzlich oder aus grober Fahrlässigkeit den Schaden zugefügt habe, wies das Reichsgericht zurück. Auch wenn die ärztliche Behandlung nur eine Gefälligkeit gewesen sei, so liege hierin doch keine Schenkung, weil diese auf seiten des Schenkers eine Vermögensminderung, das heißt des bereits vorhandenen Vermögens, voraussetze, eine solche hier aber fehle. Außerdem aber hafte der Arzt für die Folgen seines schuldhaften Handelns vor allem deshalb, weil er sich eine unerlaubte Handlung habe zu schulden kommen lassen. Denn die in § 823 Abs. 1 BGB. aufgestellte Pflicht, den Körper eines anderen nicht schuldhaft zu verletzen, ist eine allgemeine und trifft deshalb auch den Arzt. Sie besteht neben einer etwaigen Vertragspflicht und ohne Rücksicht auf eine solche.

Wien. Vor kurzem war der Direktor der zweiten chirurgischen Universitätsklinik Hofrat Prof. Dr. J. Hochenegg vom Prager Bezirksgericht wegen **Ehrenbeleidigung** des Advokaten Dr. L. zu 30 Kronen Geldstrafe verurteilt worden. Der Tatbestand, der dem Prozesse zugrunde lag, war folgender: In der

Klinik des Professors war eine Patientin A. von einem Assistenten operiert worden und hatte einige Zeit danach durch Dr. L. an den Assistenten und an dessen Chef **Schadenersatzansprüche** wegen angeblicher Kunstfehler bei der Operation gestellt. In dem betreffenden Schreiben des Advokaten wurde Herrn Prof. H. eine gütliche Regelung der Angelegenheit nahegelegt, „damit die Erörterung dieser für seine Klinik sicher nicht angenehmen Angelegenheit auf dem Prozeßwege vermieden werden könne". Hofrat H., der das Vorgehen seines Assistenten als vollkommen fehlerfrei erachtete, legte das Schreiben zur weiteren Veranlassung der Advokatenkammer in Prag mit dem Bemerken vor, daß der Brief ihn „wegen seines einer Erpressung sehr ähnlichen Inhalts" verstimmt habe. Auf Grund dieses Briefes war Prof. H. wegen Beleidigung des Advokaten L., der nur in Ausübung seiner Pflicht als Mandatar der A. gehandelt habe, zu der oben angegebenen Strafe verurteilt worden, auf eingelegte Berufung aber wurde er kürzlich vom Landgericht Prag freigesprochen, nachdem er dargelegt hatte, daß er durch seine Stellung als Direktor einer öffentlichen chirurgischen Klinik auch im Interesse der Patienten verpflichtet gewesen sei, gegen den immer mehr überhand nehmenden Mißbrauch des Klagerechts, wie er sich in der Zivilklage der A. ausgesprochen habe, energisch aufzutreten.

Lausanne. Eine interessante **Entscheidung auf dem Gebiete der Unfallversicherung** ist, wie wir der „Voss. Ztg." entnehmen, kürzlich von dem höchsten Schweizer Gerichtshofe, dem Bundesgericht in Lausanne, gefällt worden. Es handelt sich um die Frage, ob ein durch einen Betriebsunfall arbeitsunfähiger Arbeiter, der durch eine Operation geheilt werden könnte, gezwungen werden kann, sich dieser Operation zu unterziehen. Vor einiger Zeit erlitt in Basel ein Arbeiter einen Unfall, der ihn arbeitsunfähig machte; der Arbeitgeber wurde verurteilt, dem Arbeiter eine Pension zu zahlen. Gegen diese Entscheidung legte der Fabrikherr bei der höheren Instanz Berufung ein und machte auf Grund der Aussagen medizinischer Sachverständiger geltend, daß der Arbeiter durch eine Operation geheilt werden könnte und dann in kurzer Zeit wieder vollkommen arbeitsfähig sein würde. Der Arbeiter lehnte es jedoch ab, sich dieser Operation zu unterziehen, worauf die Berufungsinstanz ihn zum Verlust der Pension verurteilte. Jetzt mußte sich das Bundesgericht als letzte und höchste Instanz mit dem Fall beschäftigen. Das Urteil gibt dem Arbeiter recht, stellt die Verpflichtung zur Weiterzahlung der Pension fest und legt dem Fabrikherrn die Kosten des ganzen Rechtsstreites auf. In der Urteilsbegründung führt der höchste Schweizer Gerichtshof aus, daß kein Bürger gezwungen werden könne, sich gegen seinen Willen operieren zu lassen, denn ein solcher Zwang würde einen Eingriff in die Rechte der persönlichen Freiheit in sich schließen.

Appenzell. Das hiesige Obergericht hat den deutschen „Naturarzt" W. in Herisau wegen **fahrlässiger Tötung** einer jungen Frau bei Ausübung seines Berufs zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt. Von der ersten Instanz war er nur zu drei Monaten verurteilt worden. Außerdem wurde das erstinstanzliche Urteil: 600 Fr. Buße, Tragung der Kosten, Verbot der weiteren Ausübung der Krankenbehandlung und lebenslängliche Verweisung aus dem Kantonsgebiet, bestätigt.

Verschiedenes.

Berlin. Im **Auguste Viktoria-Hause zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** im Deutschen Reich sind im Laufe des letzten Jahres eine Anzahl von Neuerungen getroffen worden. Die Zahl der Säuglingsbetten ist von 60 auf 150 vermehrt worden. Damit Ansteckungen von Bett zu Bett vermieden werden, ist das System der Heubnerschen Boxen, Trennung der einzelnen Betten durch Glaswände, in einigen Sälen eingeführt worden. In einem eigenen Isoliergebäude sollen infektionsverdächtige Kinder vollständig abgesondert werden. 25 Privatsäuglingsbetten erster und zweiter Klasse sind eingerichtet worden. Für die Belehrung der Aerzte, des ärztlichen Hilfspersonals und der Bevölkerung hat das Haus eine Reihe von Unterrichtskursen organisiert. Für Mütter und junge Mädchen findet viermal im Jahre eine einen Monat dauernde Mutterschule statt. Ferner wurden für den Berliner Hebammenverein Kurse veranstaltet. Für die Volksschule wird eine Säuglingspflegefibel ausgearbeitet. Das Haus wird seine Pflegerinnenschule ausbauen, so daß jährlich 50 Pflegerinnen ausgebildet werden können. In dem Hause wird ein Museum für Säuglingspflege für die Allgemeinheit eröffnet. Die Schaffung neuer Assistentenstellen und der Stelle eines Abteilungsvorstehers für Hygiene und Bakteriologie ist vorgesehen. Auch die Bestellung eines Vorstehers für das chemische Laboratorium erwies sich als notwendig. — Für die Unterhaltung des Hauses sind vom Reichstag als Beitrag des Reiches 60 000 M. bewilligt worden.

— Die Erben der am 5. März 1910 verstorbenen Frau Adelheid Bleichröder haben die Summe von 200 000 Mark der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte zu einer **Adelheid Bleichröder-Stiftung** vermacht, mit dem Zwecke, Zinsen und Kapital zur Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten aus dem gesamten Gebiete der Medizin und der naturwissenschaftlichen Hilfswissenschaften, soweit sie in einer nicht zu fernen Beziehung zur Medizin stehen, zu verwenden. Das Kapital soll frühestens in 20, spätestens in 40 Jahren aufgezehrt sein. Die ganze jährlich disponible Summe kann einem einzelnen Forscher auch wiederholt zufallen. In erster Reihe sollen jüngere Forscher, Aerzte und Naturforscher beiderlei Geschlechts, berücksichtigt werden, denen keine Beziehungen zu Behörden oder gutdotierten Instituten zur Verfügung stehen. Bewerbungen müssen bis zum 1. Mai jedes Jahres bei dem Vorstande der Gesellschaft oder deren geschäftsführendem Sekretär (zurzeit Prof. Dr. B. Rassow, Leipzig, Stephanstr. 8) eingelaufen sein, von dem auch die näheren Modalitäten der Bewerbung zu erfahren sind.

Wien. Der hier verstorbene Privatier Josef Spitzberger hat sein ganzes Vermögen von 2½ Mill. Kr. der israelitischen Kultusgemeinde zur Errichtung eines **interkonfessionellen Kinderkrankenhauses** vermacht.

— Das österreichische Herrenhaus hat am 28. März den Gesetzentwurf über die **Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten** angenommen.

Budapest. Der ungarische Minister des Innern schreibt einen **Preis** von 1000 Kronen für das beste Werk über die **Aetiologie des Trachoms** aus. Als Bedingung wird gefordert, daß die selbständige Arbeit einen wertvollen Fortschritt enthält. Einsendungstermin 31. Dezember 1912 (Budapest, I., Vár, Belügyministerium). Es können auch im Druck bereits erschienene Arbeiten eingesandt werden, wenn sie zum ersten Male im Jahre 1909, 1910, 1911 oder 1912 publiziert wurden. Die Autoren können sich der ungarischen, deutschen, französischen oder englischen Sprache bedienen.

London. Lord Lister hat sein hinterlassenes Vermögen zu großen **Stiftungen** verwendet; er hat je 200 000 M. der Royal Society, dem König-Eduard-Hospital-Fonds und dem North-London und Universitäts-Hospital, ferner 400 000 M. dem Lister-Institut, sowie seine Manuskripte und Zeichnungen dem Königlichen Wundärzte-Colleg vermacht, mit der Bestimmung, daß sein Name mit keiner der Stiftungen in Verbindung gebracht werde. Der Universität Edinburg hinterließ Lord Lister die Abzeichen des preußischen und des englischen Ordens Pour le mérite und alle anderen Medaillen, Diplome usw. mit der ausdrücklichen Bestimmung, daß die Universitätsbehörde diese Gegenstände nach Gutdünken verwenden, z. B. die Medaillen einschmelzen und die Diplome vernichten können.

Boston. Das Massachusetts General Hospital erläßt die Aufforderung zum Wettbewerb um den **Warrenpreis**, den Dr. J. Mason Warren zur Erinnerung an seinen Vater gestiftet hat. Es soll 1913 die beste eingereichte Arbeit über ein Thema aus dem Gebiete der Physiologie, Chirurgie oder Pathologie gekrönt werden; die Arbeiten können deutsch, französisch oder englisch geschrieben sein und müssen (verschlossen und mit Kennwort versehen) bis zum 14. April 1913 dem genannten Hospital in Boston eingereicht werden. Der Preis beträgt 500 Dollar.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 3 Kl. mit der Schleife: Geh. San.-Rat Dr. H. Schmidt in Berlin, Generaloberarzt Dr. Braun in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Ziehen in Wiesbaden.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Prof. Dr. Rumpf in Bonn, Prof. Dr. Posner in Berlin.

Charakter als Sanitätsrat: Dr. Klippel in Neusalz.

Ernannt: Abteilungsvorsteher am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin Prof. Dr. Lentz zum Direktor des neu zu errichtenden hygienischen Instituts in Saarbrücken, Dr. Prigge in Saarbrücken zum Kreisarzt in Wiesbaden-Land, Kreisassistenzarzt Dr. H. Müller in Oppeln zum Kreisarzt in Zielenzig, a. o. Prof. Dr. Röhmann in Breslau zum o. Honorarprofessor daselbst.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Pflanz von Berlin nach Danzig, Kreisarzt Med.-Rat Dr. Eschricht von Danzig nach Berlin als ständiger Hilfsarbeiter bei dem Kgl. Polizeipräsidium daselbst.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a. für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13. — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten.

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion bezw. des Verlages nicht gestattet.

81. Jahrgang **Berlin, 27. April 1912** **No. 17**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber Prostatahypertrophie.

Vortrag, gehalten im Aerztlichen Standesverein Südwest, Berlin, am 4. April 1912.

Von

Dr. med. **Wilhelm Karo** (Berlin).

(Schluß).

In diametralem Gegensatz zu diesen funktionellen Fällen von Prostatismus stehen, wie bereits gesagt, diejenigen Fälle, in denen es infolge pathologischen Wachstums der Prostata zu mechanischen Störungen der Miktion und demgemäß zu nennenswerten inkompletten oder gar kompletten Harnretentionen gekommen ist. In solchen Fällen steht uns, falls wir nicht sofort die Radikaloperation, über deren spezielle Indikationen noch weiter unten gesprochen werden soll, für indiziert halten, in erster Reihe der kunstgerechte, aseptische Katheterismus zur Verfügung. Gerade hier findet die Kunst des praktischen Arztes ein äußerst dankbares und fruchtbares Feld der Betätigung und deshalb dürften Ihnen vielleicht einige praktische Winke willkommen sein. Vor allen Dingen kommt es auf die Wahl des richtigen Instruments an. Versuchen Sie, m. H., prinzipiell zunächst einen Nélatonkatheter und zwar am besten mit Tiemannscher Krümmung, einzuführen, wobei sorgfältig darauf geachtet werden muß, daß die Spitze des Katheters ständig an der oberen Wand der Harnröhre entlanggleitet; auf diese Weise vermeiden wir mit Sicherheit das Stocken des Katheters in Falten oder Ausbuchtungen der Pars prostatica. Wenden Sie niemals Gewalt an. Der Katheter muß, um schonend einzudringen, nur wie eine Schreibfeder mit zwei Fingern gefaßt, darf aber nie mit der vollen Faust gehalten werden. Kann man mit einem Tiemannkatheter nicht zum Ziele gelangen, so wählt man einen Mercierkatheter. Es sind dies Seidengespinstkatheter, deren kurzer Schnabel winklig nach oben sieht. Eine sehr zweckmäßige Modifikation dieser kreisrunden sind die abgeplatteten Katheter (Aplatie-Katheter). Diese gestatten auch nach Einführung des Schnabels eine ständige Kontrolle über die Position der Spitze des Katheters. Gerade hierauf aber kommt es an, denn der Schnabel des Katheters darf sich nie drehen, sondern muß an der oberen Harnröhrenwand entlang in die Blase gleiten. Bei genügender Uebung und Vorsicht kommt man wohl stets mit derartigen Instrumenten zum Ziel; ich wenigstens habe in den letzten Jahren niemals trotz großen Materials zu den von anderer Seite so häufig benutzten Metallkathetern mit oft abenteuerlichen Krümmungen zu greifen brauchen. Derartige Metallkatheter, namentlich solche mit kurzem Schnabel, können, besonders in der Hand des weniger Geübten, leicht falsche Wege bohren. Infolge von Blutungen und Infektionen entstehen dann oft deletäre Folgen.

Es fragt sich nun, wann katheterisiert werden soll. Auch hier gibt es gewisse Indikationen, und es ist durchaus nicht selbstverständlich, daß jeder Kranke mit Retention sofort zu katheterisieren ist. Kommen z. B. Patienten mit bereits bestehenden falschen Wegen in Behandlung, so darf nur bei strengster Indikation katheterisiert werden, also bei bestehender kompletter Retention. Diese gebietet natürlich die sofortige Entleerung der Blase und, wenn dies auf urethralem Wege nicht gelingt, so ist die Blase durch Kapillarpunktion zu entlasten. Ein Kapillartroikart wird über der Symphyse in die Blase gestoßen, wodurch dem Urin sofortiger Abfluß geschafft wird. Derartige Punktionen sind durchaus ungefährlich und können auch öfters bei demselben Patienten wiederholt werden. Oft hat auch eine einmalige Punktion den Erfolg, daß der Katheterismus leichter gelingt. Vielfach läßt man, wenn dies angängig ist, die Kanüle, die man zu diesem Zwecke etwas dicker wählt, längere Zeit liegen. Die Dauerkanüle setzt die Urethra zeitweise außer Funktion und gibt nun dem Harnapparat Gelegenheit zur Erholung. Man kann danach häufig eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens erleben, vor allem gelingt der Katheterismus danach meistens viel leichter, als vorher. Freilich hat diese Maßregel keinen

definitiven Einfluß auf die Prostatahypertrophie, ebensowenig wie dies für den Dauerkatheter gilt. Trotzdem aber besitzen wir in dieser letzteren Methode ein unentbehrliches Mittel zur momentanen Beseitigung akuter, sowie chronischer kompletter Retention. Schon nach Ausführung der Kapillarpunktion ist der Dauerkatheter von großem Nutzen. Wir befestigen den Verweilkatheter, nachdem uns die Einführung geglückt ist, mit Heftpflaster am Penis und lassen ihn einige Tage liegen.

Durchaus zwingend ist die Anwendung des Dauerkatheters bei erheblicher inkompletter Retention mit größeren Mengen von Residualharn. Diese Behandlung kann zweckmäßig ambulant durchgeführt werden. Wir lassen die Patienten, falls sie nicht fiebern, mit dem Katheter umhergehen. Allerdings müssen wir uns vor Augen halten, daß, besonders in den chronischen Fällen, der Dauerkatheterismus nur ein Notbehelf ist. Dank der Vervollkommnung unserer operativen Technik dürfen wir in solchen Fällen fast stets zur Radikaloperation raten. Dies werden wir besonders da tun, wo es bei inkompletter chronischer Retention noch nicht zur Cystitis gekommen ist. Solange der Harn noch klar ist, und keine Komplikation von seiten der Blase vorliegt, sind die Chancen für die Radikaloperation am günstigsten.

Als schonendste, zweckmäßigste und gefahrloseste Operation dürfen wir heute die suprapubische Prostatektomie, wie sie von Freyer eingeführt worden ist, empfehlen. Sie ist technisch so einfach, daß sie auch der weniger Routinierte auszuführen vermag. In Rückenlage des Kranken mit leicht erhöhtem Steiß, wird durch einen kleinen Schnitt in der Medianlinie, dicht oberhalb der Symphyse die Blase eröffnet; während nun der Assistent vom Rektum her mittels Finger die Prostata nach oben drückt, wird dicht am Orificium internum die über der hypertrophischen Prostata meist atrophierte Schleimhaut entweder mit dem Nagel des in die Blase eingeführten Zeigefingers durchgekratzt oder mit Schere inzidiert und nunmehr die Prostata in toto oder, falls notwendig, jeder Lappen einzeln mit dem Finger enukleiert. Die ganze Prozedur ist so einfach, daß die Operation meist in wenigen Minuten beendet ist. Ich operiere stets unter Rückenmarksanästhesie und zwar benutze ich hierzu Tropacocain, von dem ich nie üble Nachwirkungen gesehen habe. Nach beendeter Operation lege ich für etwa 1 Woche einen Dauerkatheter ein, in die obere Wunde einen schmalen Streifen Jodoformgaze, der bis ins Cavum Retzii geführt wird. Ich lasse die Kranken bereits am 3.—4. Tage aufstehen; meist können sie nach zwei Wochen geheilt aus der Klinik entlassen werden. Wichtig ist eine genaue Kontrolle während der ersten 24 Stunden nach der Operation; denn oft tritt in den ersten Stunden ein Kollaps ein, der aber bei geeigneter Behandlung mit Kochsalz und Kampfer vorübergeht. Ich habe im ganzen 27 Prostatektomien ausgeführt; ohne einen Todesfall im Anschluß an die Operation; ein einziger meiner Kranken, ein 68 jähriger Herr, starb 5 Wochen post operationem an einer Pneumonie. Das Alter meiner Operierten schwankte zwischen 56 und 79 Jahren. 14 Kranke, die alle noch leben, waren über 70 Jahre.

Welches sind nun die Indikationen zur Radikaloperation? Diese Frage muß ganz individuell behandelt werden. Hier spielen nicht nur rein medizinische, sondern auch äußere soziale Momente eine Rolle. Wir wissen ja, wie lange Patienten mit kompletter chronischer oder inkompletter Harnretention fast ohne nennenswerte Beschwerden leben können. Auf längere Perioden hin zeigen sich oft gar keine Erscheinungen, so daß die Patienten sich für gesund halten. Unter den üblichen Maßnahmen bleiben auch solche Fälle häufig lange Zeit hindurch frei von Infektionen. Leben nun solche Patienten unter besonders günstigen sozialen Verhältnissen, sind es z. B. gutsituierte ältere Herren, die ganz ihrer Gesundheit leben können, so werden diese bei täglich 2—3 maliger Katheterisierung vollkommen wohl bleiben. Die Frage einer Operation ist hier nicht sehr brennend.

Dringend wird die Operation aber, wenn selbst geringe Retentionen zu stärkeren Beschwerden führen. Es gibt Patienten, die schon bei kleinen Mengen von Residualharn intensive Schmerzen haben. Andere müssen schon bei der geringsten Stauung katheterisiert werden, oder quälende Tenesmen treten häufig auf. In allen solchen Fällen bringt nur die Operation dauernd Abhilfe. Schwerere Komplikationen im Harnapparate, besonders Erscheinungen von seiten der Niere, beginnende Sepsis usw. sind möglichst bald zu operieren.

Kontraindiziert ist die Operation im Hinblick auf die Prostatahypertrophie selbst und die Veränderungen an der Blase niemals. Nur andere Erkrankungen, die keine operativen Eingriff zulassen, wie Diabetes, schwere Herz- und Nierenkrankheiten, vorgeschrittene Altersschwäche usw. geben eine Kontraindikation ab.

Die Resultate unserer modernen Prostatektomie sind so vorzüglich, daß sich heute die Prognose der Prostatahypertrophie weit günstiger gestaltet als früher. Wenn nicht ernstere, das Allgemeinbefinden schwer schädigende Komplikationen vorliegen und der Patient noch nicht dekrepid ist, können wir der radikalen Operation stets eine günstige Prognose stellen. Für diejenigen Fälle, die keine Indikation zur Operation abgeben, ist die Prognose bei unserer neueren Organtherapie ebenfalls gut. Soweit wir bisher urteilen können, sind wir imstande, den Zustand des Prostatismus auf internem Wege zu beseitigen.

Die früher so häufigen Komplikationen, wie Urosepsis, namentlich infolge falscher Wege, sind stets auf grobe Fahrlässigkeit oder Unkenntnis zurückzuführen und werden um so seltener vorkommen, je gewissenhafter speziell die praktischen Aerzte die Behandlung der Prostatahypertrophie leiten.

II. Referate.

Chirurgie.

Prof. Dr. **V. Chlumsky** (Krakau): **Ein neuer Beitrag zur Aetiologie der Skoliose.** (Zentralbl. für Chirurgie, 1912, No. 7.)

Die Mehrzahl der sogen. habituellen oder Schulskoliosen ist angeboren. Verf. hat eine Beobachtung gemacht, die scheinbar etwas Licht in die Frage zu bringen vermag. Skoliose kommt in einzelne Familien hereditär vor. Verf. konnte nun bei Frauen aus solchen Familien in den letzten Monaten der Schwangerschaft konsatieren, daß der Fötus eine ganz bestimmte Lage im Uterus einnahm, die er nur wenig änderte, nämlich die sogenannte erste Lage mit dem Kopf nach unten, dem Rücken nach vorn, und zwar in der linken Bauchseite der Mutter. In dieser Stellung ist der Fötus nach links verbogen, seine Wirbelsäule bildet einen ziemlich großen Bogen nach links und entspricht der häufigsten Form der Kinderskoliose, der Scoliosis totalis sinistra. Diese Form der Skoliose wurde nicht nur von Verf., sondern auch von vielen anderen Autoren bei kleinen Kindern am häufigsten beobachtet. Nach Verfassers Meinung entwickelt sich beim weiteren Fortschreiten des Leidens bei Kindern nach der Geburt aus dieser einfachen totalen Skoliose durch Einwirkung der Muskulatur und der statischen Kräfte erst später die kombinierte sinistrolumbale und dextrodorsale Skoliose. Nach der Geburt behielten die meisten von Verf. dann untersuchten und behandelten Kinder die vor der Geburt innegehabte Lage. In einem Falle konnte Verf. sofort nach der Geburt auch die entsprechenden Rippenverkrümmungen beobachten. Wurde das Kind nicht gewickelt, so drehte es sich selbst in die linkskonvexe Lage. Durch das Wickeln und Tragen konnte diese falsche Lage korrigiert werden. Hat man aber der Verkrümmung des Kindes keine Aufmerksamkeit geschenkt, vergrößert sich der Bogen, und die Verkrümmung ließ sich dann nicht mehr gerade machen.

Die totale linkskonvexe Skoliose hält Verf., wie erwähnt, für die häufigste Form der Skoliosen. Aber auch die erste Lage des Fötus im Uterus bildet die häufigste Form der Lagen des Kindes ante partum. Besteht hier nicht eine Koinzidenz? Die zweite Lage des Kindes im Uterus (in der rechten Seite der Bauchhöhle mit dem Rücken nach vorn) ist seltener — aber auch die totale rechtskonvexe Skoliose bildet nur einen mäßigen Prozentsatz der beobachteten Fälle. Also auch diese Tatsache bestätigt die Annahme Verfassers, daß die Lagerung des Fötus im Mutterleibe eine wichtige Rolle bei der späteren Entwicklung der Wirbelsäulenverkrümmungen spielt.

Für den Orthopäden und den Hausarzt bildet diese Tatsache einen Grund mehr, wenigstens in erblich belasteten Familien schon nach der Geburt die Form der Wirbelsäule genau zu untersuchen und bei Vorhandensein irgendeiner Abnormität entsprechende Ratschläge zu erteilen.

Dr. **Koloman Freuder** (Wien): **Zur Lokalisation des Ulcus cruris varicosum.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 8.)

Unter den Gefäßerweiterungen im Venensystem sind die im Gebiete der Vena saphena magna vorkommenden weitaus

am häufigsten anzutreffen. Trotz zahlreicher Arbeiten über den Grund dieser auffallenden Erscheinung konnten sich die Autoren über die Aetiologie der Varicen an der unteren Extremität nicht einigen. Eine bestimmte Ursache für das häufige Auftreten der Phebektasien an der unteren Extremität kann nicht angegeben werden. Es scheint, daß mechanische, histologische und hereditäre Momente in ihrer Wirkung vereint jene Verhältnisse schaffen, welche die Erweiterungen im Gebiete der Vena saphena veranlassen. Die Vena saphena parva beteiligt sich wegen ihrer mehr geschützten Lage verhältnismäßig seltener an der Bildung von Varicen. Eine eigens der Lokalisation des Ulcus cruris gewidmete Untersuchung liegt in der Literatur nicht vor. Verf. hat deshalb an der Hand eines größeren Krankenmaterials die varicösen Unterschenkelgeschwüre ihrem Sitze nach differenziert und festgestellt, ob die im Gefolge von Venenerweiterungen am Unterschenkel auftretenden Ulcerationen sich mit Vorliebe bloß an gewissen Stellen etablieren. Nach dem Ergebnis seiner Untersuchungen scheint es in der Tat, daß die linke untere Extremität häufiger als die rechte von Phebektasien und konsekutiven Ulcerationen ergriffen ist. Wenn typische Unterschenkelgeschwüre entstehen, so sind sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle im unteren Drittel des Unterschenkels lokalisiert. Wird also eine Prädilektionsstelle für das Ulcus cruris varicosum als vorhanden angenommen, so muß auf Grund der allgemeinen Erfahrung, welche durch diese vorliegende ziffernmäßige Untersuchung eine Stütze erhält, das untere Drittel des linken Unterschenkels als Lieblingssitz der postvaricösen Geschwüre gelten und in diesem Bereiche der innere Fußknöchel als spezielle Prädilektionsstelle angesprochen werden. Kr.

Gynäkologie
(einschließlich Geburtshilfe).

Max Hirsch (Berlin): **Ein Fall von unstillbarem Erbrechen bei Hämatometra.** (Zentralbl. f. Gynäkologie, 1911, No. 52.)

Es handelt sich um eine Hämatometra, welche ganz unter dem Bilde und mit den Allgemeinerscheinungen einer Schwangerschaft verläuft. Die Schwangerschaftsdiagnose, die anfangs gestellt wurde, wäre auch nicht in Zweifel gezogen worden, wenn nicht Patientin mit Bestimmtheit den Termin des letzten Coitus angegeben hätte. Mit Rücksicht auf diese durchaus nicht unglaubhafte Behauptung, welche eine Inkongruenz zwischen der seit dem Konzeptionstermin verflossenen Zeit und der Größe des Uterus ergab, wurde auch die Diagnose Hämatometra in Erwägung gezogen. Wegen Zunahme der Entkräftung und dauernder beschleunigter Herztätigkeit wurde zur Operation geschritten: Stumpfe Dilatation des Cervicalkanals. Während des Wechselns der Dilatatoren fließt eine schwarzbraune Flüssigkeit aus dem äußeren Muttermund. Während der Curettage ergießen sich schwarze, teerartige Massen, untermischt mit kleinen Blutgerinnseln von fadem Geruch. Von Placenta, Decidua und Frucht wird nichts gefunden. Die mikroskopische Untersuchung ergibt gleichfalls nichts dergleichen, sondern läßt nur geschrumpfte rote Blutkörperchen erkennen. Die anfänglich bestehenden Kreuzschmerzen schwanden nach der Operation sofort, das Erbrechen hörte auf und die Temperatur wurde normal.

Die merkwürdigste Erscheinung in dem beschriebenen Krankheitsbilde ist das unstillbare Erbrechen. Dieses setzt genau um die Zeit der ersten ausgebliebenen Periode ein, wird trotz anfänglich ambulanter Behandlung und daran anschließender mehr als 14 tägiger Bettruhe immer heftiger und erweist sich allen therapeutischen Beeinflussungen unzugänglich. Es verursacht eine starke Konsumption der Körperkräfte und einen enormen Gewichtsverlust und bewirkt eine dauernde Beschleunigung der Herztätigkeit auf 100—120 Schläge in der Minute. Nach Entleerung des Uterus verschwindet es sogleich. Appetit und Kräfteverfall erfahren alsbald eine merkbare Besserung.

Das ist das typische Bild des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren. Im vorliegenden Falle ist als einzige Erklärungsmöglichkeit die Ausdehnung der Gebärmutter durch die Blutansammlung in ihrer Höhle gegeben, welche als dauernder Reiz zu denken ist. Irgendeine andere Ursache, durch welche die Reflextheorie des Erbrechens der Schwangeren gewöhnlich gestützt zu werden pflegt, wie Lage- und Formabweichungen des Magens, Erkrankungen des Blutes, erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems, organische Erkrankung des Magens und der Nieren, Lageveränderungen, Entzündungen und Narbenbildungen an den Geschlechtsorganen und ihrer Umgebung ist in diesem Falle nicht heranzuziehen. Das von H. beobachtete Krankheitsbild des unstillbaren Erbrechens bei Hämatometra ist eine Stütze derjenigen Erklärung der Hyperemesis gravidarum, welche die Ursache in der Ausdehnung des Uterus durch das Schwangerschaftsprodukt und das Erbrechen als reflektorischen Vorgang durch Vermittlung des sympathischen Nervensystems erblickt. Und es erscheint Verf. unberechtigt, diese Theorie gänzlich abtun zu wollen zugunsten derjenigen, welche das Erbrechen als eine Intoxikationserscheinung des mütterlichen Organismus und als Giftquelle die Stoffwechselprodukte des Fötus oder die Eiperipherie, das Syncytium, die Placenta oder das Corpus luteum ansieht. Die Ursache der Hämatometra in vorliegendem Falle ist in einer Stenose des Cervicalkanals in der Gegend des inneren Muttermundes zu suchen, deren Entstehung wahrscheinlich auf früher überstandene Entzündungen des linken Eierstocks und des Endometriums zurückzuführen ist. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Privatdozent Dr. **Loening** (Halle a. S.): **Ueber phenyldimethylpyrazolonamidomethansulfonsaures Natrium, ein neues Antipyreticum und Spezificum gegen den akuten Gelenkrheumatismus.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 9 bis 11.)

Verf. berichtet ausführlich über therapeutische Versuche mit einem neuen, von den Farbwerken vorm. Meister, Lucius & Brüning, Höchst a. M., dargestellten neuen Antipyrinderivat. Es handelt sich um das phenyldimethylpyrazolonamidomethansulfonsaure Natrium. Dieses Präparat, welches als feines Pulver auskristallisiert, löst sich in Wasser im Verhältnis 1:1, in warmem Wasser noch leichter; in Methylalkohol im Verhältnis 1:10. In allen anderen gebräuchlichen Lösungsmitteln ist es fast unlöslich. Nachdem in den pharmakologischen Instituten zu Freiburg und Breslau festgestellt worden war, daß die neue Substanz ungiftig war, unternahm Verf. die klinische Prüfung des Präparates, das er vorläufig mit der Journalnummer 844 bezeichnet. Er berichtet über 63 mit dem Mittel behandelte Fälle und faßt seine Erfahrungen folgendermaßen zusammen: 1. Das Präparat 844 ist ein Antipyreticum, welches in Dosen von 0,5—1 g wirksam ist und noch in Dosen von 8 g pro die (4 mal tägl. 2 g) ohne irgendwelche Nebenerscheinungen vertragen wird. Bei Kindern und in der ambulanten Behandlung sind die Dosen, bis weitere Beobachtungen vorliegen, etwas kleiner (bis zu 5 g) zu nehmen. Die Wirkung des Präparates ist besonders bei geschwächten Patienten zu kontrollieren, ehe man zu den hohen Dosen übergeht. Intoxikationserscheinungen, wie sie beim Antipyrin beobachtet werden, kamen in keinem Falle zur Beobachtung. 2. Das Präparat 844 wirkt auf den akuten Gelenkrheumatismus spezifisch, wie das Salicyl, wenn es 3- bis 4 mal täglich in Dosen von 1—2 g gegeben wird. Ein Einfluß auf das Herz ließ sich nicht konstatieren, insbesondere war keine Pulsbeschleunigung zu bemerken. Auch bei Endokarditis kann das Mittel verabreicht werden. 3. Eine unangenehme Schweißsekretion wurde nicht beobachtet; dieselbe war in allen Fällen bedeutend geringer, als sie bei Salicyldarreichung gewesen wäre. 4. Das Präparat 844 wirkte ferner günstig bei chronischem Gelenkrheumatismus, bei Myositis und bei schwerer Ischias. 5. Rezidive kommen in einzelnen Fällen von akutem Gelenkrheumatismus vor, jedoch sind sie, soweit sich dies bis jetzt beurteilen läßt, seltener als bei Natrium salicylicum. Wenn die gewünschte Wirkung eingetreten ist, ist es beim schweren Gelenkrheumatismus nötig, noch 8—10 Tage den Patienten im Bett zu halten und kleine Dosen des Mittels weiter zu verabfolgen (3 mal tägl. 1 g) und auch nach dieser Zeit Vorsicht walten lassen. Die Behandlungsdauer schien in allen Fällen kürzer als bei entsprechender Salicyltherapie.

Dr. **Baccanovich** (Triest): **Radikale Behandlung der Malaria mit einem neuen Arsen-Silberpräparat „Argentarsyl“.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Verf. hat in über 45 Fällen von Malaria eine neue Arzneikombination, die er Argentarsyl nennt, mit großem Erfolge angewendet. Argentarsyl ist eine Lösung von Eisenkakodylat in Collargollösung im Verhältnis von 0,05:10 ccm. Die Einzeldosis beträgt 10 ccm. Das Mittel wird injiziert (subkutan? Ref.). Das Mittel coupiert nicht nur den einzelnen Anfall, sondern die Wirkung ist, wie Verf. angibt, eine persistierende, indem die meisten Patienten gegen weitere Infektionen durch die Argentarsylinjektion immunisiert werden. Der Milztumor verschwindet und es treten Gewichtszunahmen auf; die Plasmodien verschwinden aus dem Blut. R. L.

Dr. **Heinrich Loeb** (Mannheim): **Embarin, ein neues Antisyphiliticum.** (Medizin. Klinik, 1911, No. 48.)

Embarin ist eine neue Hg-Verbindung, durch die dem Organismus große Hg-Mengen in einer Form einverleibt werden, in der schädliche Wirkungen ausgeschlossen sind. Embarin ist nach Mitteilungen des Fabrikanten (Heyden, Radebeul) eine 6⅔ proz. Lösung von mercurisalicylsulfonsaurem Natrium und enthält außerdem noch ½ pCt. Acoin. Da das mercurisalicylsulfonsaure Natrium ca. 44 pCt. Quecksilber enthält, ist der Quecksilbergehalt des Embarins 3 pCt., so daß in 1 ccm Embarin 0,03 g Quecksilber enthalten sind. Das mercurisalicylsulfonsaure Natrium birgt das Quecksilber nicht in

salzartiger Form gebunden, seine Lösungen geben daher auch nicht die üblichen Quecksilberreaktionen; Natronlauge gibt keinen Niederschlag, Schwefelammonium erzeugt keinen Niederschlag, sondern nur eine dunkle Färbung; Eiweiß wird nicht gefällt. Entsprechend dieser maskierten Bindung des Quecksilbers ist nach Dr. v. Hayek die toxische Wirkung des Präparats schwächer als bei anderen löslichen Quecksilberverbindungen. Hunde und Kaninchen vertrugen die doppelte Menge Quecksilber in Form von Embarin, als die tödliche Dosis bei anderen löslichen Präparaten ausmachte. Gleichzeitig hat v. Hayek festgestellt, daß Embarin die geringste Tendenz zeigt, eine eitrige Einschmelzung des Gewebes an der Stelle der Einspritzung hervorzurufen. Obwohl dementsprechend die Schmerzhaftigkeit geringer ist, wird dem Präparat zur völligen Anästhesierung ½ pCt. = 0,005 g pro Kubikzentimeter Acoin zugesetzt, was erfahrungsgemäß imstande ist, länger dauernde Anästhesie ohne schädliche Nebenwirkung herbeizuführen.

Nach L.s klinischen Versuchen mit dem neuen Präparat eignet es sich besonders für den praktischen Arzt. Die klare, hellgelbe Lösung ist in Ampullen von 1,2 ccm abgefüllt. Es muß sowohl der Ampullenkörper, als auch die ausgezogene Spritze mit der Nadel leergesaugt werden, um die volle Dose auszunutzen. Die Injektionsspritze bewahrt Verf. in Alkohol auf, wodurch jede weitere Desinfektion entfällt und die Beimischung von desinfizierenden Lösungen, welche das Embarin trüben könnten, vermieden wird. Die Injektionen werden, wenn die individuelle Erträglichkeit durch erstmalige Einspritzung einer halben Dosis festgestellt ist, in der ersten Woche täglich, dann alle zwei Tage, am besten ins Unterhautzellgewebe des Rückens oder Gesäßes, vorgenommen. Gewöhnlich werden 15 Injektionen verabreicht. Verf. empfiehlt die Nachprüfung des Mittels, welches eine energische Kur mit großem Hg-Gehalt in kurzer Zeit ohne Störung für den Patienten ermöglicht, weiteren Kreisen. Kr.

Dr. med. et phil. **J. Nerking** (Düsseldorf): **Ueber Lecithin und seine Bedeutung.** (Internationale Beiträge zur Pathologie und Therapie der Ernährungsstörungen, Bd. 3, H. 4.)

Von besonderer Bedeutung für Fortdauer und Unterhaltung des Lebens sind die in jeder Zelle enthaltenen Lipoidstoffe, zu deren wichtigster Gruppe, den P- und N-haltigen Phosphatiden, die Lecithine gehören. Diese sind ausgezeichnet durch ihren Gehalt an Cholin, Glyzerinphosphorsäure und einer gesättigten oder ungesättigten Fettsäure. Die Lecithine mit ungesättigter Fettsäure sind autoxydabel, sie spielen im Zelleben vielleicht eine Rolle als Sauerstoffüberträger. Die Lipoide kommen teils als Zellmembran, teils als Bestandtei des Zellinhalts vor. Durch die Lipoidmembran werden Nahrungsaufnahme, Sekretions- und Exkretionsvorgänge der Zelle beherrscht; die intrazellulären Lipoide sind vor allem wichtig für das Zustandekommen der Narkose. Unter dem Einflusse des Narkoticums findet indessen nicht nur, wie es Overtons Auffassung ist, eine physikalische Zustandsänderung, sondern ein Austritt der Zellenlipoide aus der Zelle statt. Die Annahme scheint nicht unberechtigt, daß der Organismus das Lipoid als mit der stärksten Affinität zum Gift behaftet, ausschickt, um dieses abzufangen und von den lebenswichtigen Organen fernzuhalten. Durch direkte Zufuhr anderer Lipoide in die Blutbahn, z. B. durch Lecithininjektionen nach der Narkose gelingt es in der Tat, das Narkoticum von den Zellenlipoiden loszureißen und auf diese Weise die narkotische Wirkung zu beschränken und die üblen Nebenwirkungen aufzuheben. Bereits in zahlreichen Fällen sind beim Menschen gute Erfolge damit erzielt worden.

Lecithin ist vollkommen assimilierbar. Durch Fütterung lecithinhaltigen Materials konnte Anreicherung des P im Organismus, also eine Phosphormast, erzielt werden. Der Einfluß des Lecithins auf Knochen- und Blutbildung, Gehirnentwicklung und Körperwachstum hat viele therapeutische Verwendungen ergeben. Am ausgedehntesten ist die Anwendung bei Erkrankungen des Nervensystems. In jüngster Zeit ist über zweifellose Erfolge von Lecithininjektionen bei Tabaksamblyopie berichtet worden. Zur Erzielung der durch Lecithin erreichbaren physiologischen Wirkungen ist ein chemisch reines Lecithin (Ovo-Lecithin) erforderlich, das vor allem frei von Cholesterin ist. Ein fast 100 proz. Lecithin ist das von Merck, mit dessen verschiedenen Anwendungsformen Verf. bei Anämie, Chlorose, Neurasthenie, Hysterie, Tabes usw. auffallende Besserungen erzielte. M.

W. J. Beresin, Assistent d. pharmakologischen Laboratoriums d. militär-medizinischen Akademie in St. Petersburg: **Ueber das neue Digitalispräparat „Digipuratum solubile“.** (Russki Wratsch, 1912, No. 3.)

Die Versuche wurden an Fröschen und Hunden angestellt; bei einigen Versuchen kam ein Digipuratumpulver zur Verwendung, das im Laboratorium bereits über ein Jahr gelegen hatte; bei anderen Versuchen wurde ein frisch bezogenes Präparat benutzt. In der Wirkung wurde kein Unterschied bemerkt. Die Versuche an Fröschen ergaben nach Einführung von 1 ccm der 5 proz. Digipuratumlösung nach 10 Minuten steigende Kräftigung der Kammersystole. Nach 20 Minuten ungefähr stellte sich in den meisten Fällen mehr oder weniger ausdrucksvolle Peristaltik ein. Gewöhnlich wurde nach 30 oder 40 Minuten systolischer Stillstand bemerkt, während die Vorkammern noch einige Zeit arbeiteten. Nach dem Aufhören der Herztätigkeit waren die Vorkammern ausgedehnt, mit Blut gefüllt und saßen wie eine Mütze auf der bleichen, stark gekürzten Kammer. Die Pulszahl veränderte sich anfangs nicht; darauf wurde eine mehr oder weniger große Herabsetzung des Pulses bemerkt, die durch Verlängerung der Systolen zu erklären ist. Bei kurarisierten Hunden hebt sich nach wiederholten intravenösen Einspritzungen einer 5 proz. Digipuratumlösung der Blutdruck bedeutend. Gleichzeitig sinkt der Puls schnell. Die Systolen sind energisch. Nach einiger Zeit verändert sich dieses „therapeutische Stadium“ der Digipuratumwirkung scharf: die Verzögerung der Herzschläge geht in Beschleunigung über, wobei der Herzrhythmus noch ziemlich normal und der Blutdruck noch immer sehr hoch bleibt. Allmählich wird die Herztätigkeit bei Steigerung der Digipuratumdosen unregelmäßig, der Puls arhythmisch, der Blutdruck fällt und endlich bleibt das Herz stehen.

Wenn man die Resultate vergleicht, so kommt man zu dem Schlusse, daß vom pharmakologischen Standpunkte aus das Digipuratum alle Wirkungen der Digitalis ausübt, denn seine Wirkung auf das Froschherz ist vollkommen typisch, indem es eine Kräftigung der Systole hervorruft. Dasselbe muß auch über seinen Einfluß auf den Blutdruck und die Herztätigkeit bei Hunden gesagt werden. In Anbetracht der oben aufgeführten pharmakologischen Ergebnisse bezüglich Digipuratum und auch seiner augenscheinlich unveränderlichen Wirkung nach langem Lagern, muß dieses neue Digitalispräparat als sehr wertvoll für die Therapie bezeichnet werden.

Dr. **J. Josephsohn** (Berlin): **Beobachtungen mit Santyl.** (Medico, 1912, No. 9.)

Das Santyl wurde bei männlichen Tripperkranken angewandt und zwar gleich vom ersten Tage, an dem die Patienten in die Behandlung traten. Um sich über die Wirkung des Mittels ein Urteil bilden zu können und um nicht durch ungeschickte Manipulationen eine Urethritis posterior oder Cystitis hervorzurufen, gab Verf. in den ersten 4—5 Tagen, bisweilen noch länger, nur Santyl und nahm solange von jeder Lokaltherapie Abstand. Die Wirkung des Mittels äußerte sich einmal objektiv durch Abnahme der Entzündungserscheinungen und der Sekretion, sowie Klärung des Harns, andererseits durch eine äußerst günstige Beeinflussung der subjektiven Beschwerden: Nachlassen von Jucken und Brennen in der Harnröhre, Aufhören des lästigen Urindranges, der schmerzhaften Erektionen usw. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um Urethritis anterior. Viermal wurde das Santyl bei Urethritis posterior angewandt. Auch hier bewährte sich das Mittel gut. Seine Wirkung äußerte sich, abgesehen von der schon vorher geschilderten günstigen Beeinflussung der subjektiven Beschwerden, in der schnellen Klärung der zweiten Urinportion und dem Abschwellen der entzündeten Gewebe.

Erwähnenswert ist noch, daß das Santyl bei einem Neurastheniker mit geheilter Gonorrhoe, der über alle möglichen abnormen Sensationen in der Harnröhre klagte, sehr gute Dienste geleistet hat.

Dr. **A. Piersig** (Berlin): **Wahrnehmungen mit Santylbehandlung in verzweifelten Fällen.** (Reichs-Medizinal-Anzeiger, 1912, No. 5.)

Unter den bisher zur internen Therapie der Gonorrhoe verwandten Balsamicis verdient Santyl mit an erster Stelle erwähnt zu werden, da es alle Eigenschaften besitzt, die man von einem Balsamicum verlangt, nicht aber die üblen Nebenwirkungen zeigt, die man bei anderen ähnlichen Balsamicis nur zu häufig beobachten kann.

Santyl zeichnet sich dadurch aus, daß es fast geschmack- und geruchlos ist und keine nachteilige Wirkung auf den Magendarmtraktus und die Nieren ausübt. Das Brennen in der Harnröhre, schmerzhafte Erektionen sowie Harndrang werden durch Santyl prompt beseitigt. In seiner Kasuistik führt P. verschiedene Fälle auf, in denen bis zu 300 Santylkapseln von den Patienten innerhalb weniger Wochen genommen wurden, ohne daß Nebenwirkungen auftraten.

Dr. **Pohlmann** (Frankfurt a. M.): **Meine Erfahrungen mit Jodival in der dermatologischen Praxis.** (Berliner klinische Wochenschrift, 1911, No. 43.)

Ebenso wie die Hg-Therapie ist auch die Jodtherapie allein auf Grund empirischer Befunde als antisyphilitische Kur eingeführt. Die großen Fortschritte der experimentellen Therapie zeigen uns aber, daß wir uns die Wirkung der genannten Antisyphilitica in ganz verschiedener Weise zu denken haben, denn während das Quecksilber spirochätentötend wirkt, kann man den Jodverbindungen eine solche Eigenschaft in keiner Weise zuschreiben. Mag man diesen Einfluß des Jods

in einer chemischen Bindung der Toxine suchen oder in einer Erhöhung der physiologischen entgiftenden Tätigkeit der Schilddrüse, jedenfalls kommen wir zu einer klaren Anschauung der Jodwirkung. Auf Grund dieser Ueberlegung müssen wir allerdings sagen, daß die bisherige Therapie mit Jodkalium mit unseren theoretischen Anschauungen nicht mehr in guter Uebereinstimmung steht. Denn angenommen, daß Jod lagere sich direkt an die Toxine an, so müssen wir bedenken, daß diese Toxine im Körper nur in kaum wägbarer Menge vorhanden sind, und daß infolgedessen das Jod, welches in diesen Komplex eintreten könnte, auch nur sehr minimal sein kann. Für den Fall aber, daß noch neue Toxine gebildet werden, ist es zweckmäßig, den Körper stets unter einer gleichmäßigen, milden Jodwirkung zu halten. Die außerordentlich hohen Dosen, die wir mit Jodkalium gegeben haben, sind häufig bloß nutzlos durch den Körper gespült. Weil dem Jodkalium Lipoidlöslichkeit mangelt, gelangt es nicht in das Fettgewebe und vor allem nicht in das Nervengewebe und kann selbst bei sehr kräftigen Dosen dort keine therapeutische Wirkung ausüben.

Zur Erzielung eines guten therapeutischen Effektes der Jodtherapie in der Syphilis müssen wir also ein Jodpräparat in nicht hohen Dosen, aber lange Zeit hindurch geben, und zwar möglichst ein Jodpräparat, welches lipotrope und neurotrope Eigenschaften zeigt. Von diesem Standpunkte aus empfiehlt sicht das Jodival als zweckmäßigstes der neueren organischen Jodverbindungen; insbesondere hat es noch den Vorteil vor den Jodalkalien, daß seine Wirkung kräftig, aber gleichmäßig ist und daß es erst im Dünndarm eine resorptionsfähige Lösung bildet und infolgedessen den Magen in keiner Weise irritiert, wie wir dies so häufig beim Jodkalium sehen.

In seiner Kasuistik führt Verf. solche Fälle an, die bei Jodkalibehandlung sehr unangenehme Erscheinungen zeigten, während Jodival gut vertragen und erfolgreich angewandt wurde. Unter den Jodismuserscheinungen, die auch schon bei äußerst geringen Dosen von Jodkali auftraten, werden starke Akne, Salivation, Glottisödem, starker Schnupfen, Augentränen, Hustenreiz und Trockenheit im Halse und endlich beschleunigte Herztätigkeit genannt. Alle diese Erscheinungen wurden bei Jodivalanwendung vermieden. Es zeigte sich höchstens ein geringer Jodschnupfen. Besondere Hervorhebung verdient vielleicht die Tatsache, daß ein Einfluß auf die Herztätigkeit durch das Jodival nicht zu konstatieren war.

Auf Grund der genannten Fälle, in welchen eine starke Idiosynkrasie gegen Jodkali bestand, Jodival aber gut vertragen wurde, und auf Grund weiterer Erfahrungen mit Jodival, das in einzelnen Fällen bis zu 200 Tabletten ohne Magenbeschwerden gegeben wurde, glaubt Verf. im Jodival ein gutes Hilfsmittel neben Salvarsan und Quecksilber bei der Syphilisbehandlung empfehlen zu können. K.

Dr. **Engelen** (Düsseldorf): **Zur Behandlung der Cholangitis mit Chologen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Bei einem Patienten, der seit 1887 an Anfällen von Gallensteinkoliken litt, wurde 1909 die Exstirpation der mit Steinen angefüllten Gallenblase nebst Choledochotomie vorgenommen; ein haselnußgroßer Verschlußstein wurde entfernt; Choledochusdrainage, fieberfreier Verlauf. Etwa 1½ Jahre befand sich der Patient wohl; dann erkrankte er wieder unter den Symptomen schwerster Cholangitis mit Ikterus. Nach den Fieberanfällen stets acholischer Stuhl und stärkerer Ikterus. Das Allgemeinbefinden war derart, daß der Patient schon aufgegeben wurde. Laxantien hatten gar keinen Erfolg. Da entschloß sich Verf., da er mit Chologen bei einer großen Anzahl von Kranken beachtenswerte Erfolge erzielt hatte, auch hier diese Medikation zu versuchen. Der Erfolg war prompt. Die Schüttelfröste wurden schwächer und seltener, das Fieber ließ nach, das Allgemeinbefinden hob sich wieder; der Patient ist jetzt vollkommen beschwerdefrei. — Die Chologenkur beruht auf der kombinierten Verordnung von sehr kleinen Dosen Kalomel mit aromatischen Stoffen (Melisse, Kümmel, Kampfer), ferner mit Podophyllin. Die Tabletten No. I enthalten Quecksilberchlorür und Podophyllin āā 0,005, die Tabletten No. II enthalten Quecksilberchlorür 0,005; die Tabletten No. III enthalten Quecksilberchlorür und Podophyllin āā 0,005, Kampfer und Menthol āā 0,0025 pro Tablette. Bezüglich der therapeutischen Wirkung des Kalomels erinnert Verf. daran, daß kleine Gaben von Quecksilberchlorür nicht durch Reizung der Darmschleimhaut, sondern durch Erregung der Darmganglien laxierend wirken. Deshalb wirkt Kalomel nicht nur als Darmdesinficiens, als Laxans, durch den Uebergang kleiner Mengen von Quecksilber in die Galle günstig auf Leberkrankheiten, sondern nach Verf. in erster Linie durch Beeinflussung der Leberfunktion auf dem Wege eines nervösen Regulationsmechanismus. Bei vorhandener Stuhlträgheit sind zunächst etwa 2—3 mal tägl. 1—2 Tabletten No. I zu verordnen, später dann morgens und mittags 1—2 Tabletten No. I, Abends 2 Stück No. II.

Dr. **Paul Korb** (Liegnitz): **Ueber Prothaemin.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Prothaemin ist ein von Salkowski dargestelltes Bluteiweißpräparat; es ist ein trockenes, schokoladenbraunes Pulver, welches frei von Eigengeschmack und Geruch ist. Es enthält die gesamten Eiweißsubstanzen des Blutes, ferner 0,2 pCt. Eisen, d. h. 5 mal so viel wie frisches Blut, ferner reichliche Quantitäten organisch gebundenen Phosphors. Durch Verdauungsversuch mit Salzsäure und Pepsin kann man sich von der raschen Resorbierbarkeit des Prothaemins überzeugen. Infolge seiner Zusammensetzung ist das Prothaemin vorzüglich für die Fälle indiziert, wo die Gesamternährung darniederliegt. Der hohe Gehalt an Eisen stellt es den besten Eisenpräparaten ebenbürtig zur Seite, sein Gehalt an Phosphor reiht es den Nährpräparaten an. Verf. wandte das Präparat bei einer Reihe von Patienten an, die an Anämie, Chlorose, beginnender Tuberulose etc. litten. Irgendwelche unerwünschte Nebenwirkungen traten in keinem Falle auf. Das Präparat wurde im allgemeinen gern genommen; am besten bewährte sich die Darreichung in Milch oder Kakao, und zwar wird das Pulver zuerst mit etwas kaltem Wasser angerührt und wenn es vollkommen gelöst ist, warme Milch etc. nach Belieben zugesetzt. Es kommt auch als Prothaemin-Kakao resp. Prothaemin-Schokolade in den Handel; letztere kann auch roh genossen werden. Es empfiehlt sich, das Mittel 3 mal täglich je 1—2 Kaffeelöffel voll etwa 1 Stunde nach den Mahlzeiten nehmen zu lassen. Bei allen Patienten, die Prothaemin bekamen, hob sich das Allgemeinbefinden; die Zahl der roten Blutkörperchen und der Hämoglobingehalt des Blutes stiegen an, ebenso das Körpergewicht. — Darnach verdient das Prothaemin als nährendes und stärkendes Blutpräparat Empfehlung.

Dr. med. et phil. **R. Müller** (Elberfeld): **Ueber die Afridolseife.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 12.)

Die Afridolseife ist eine von Schoeller und Schrauth hergestellte Seife, welche 4 pCt. von oxyquecksilber-o-toluylsaurem Natrium enthält und deren Grundseifenkörper zu etwa 85 pCt. aus gesättigten Fetten besteht. Das oxyquecksilber-o-toluylsaure Natrium besitzt schwach alkalische Reaktion. Das Indikationsgebiet der Quecksilberseifen erstreckt sich auf alle Pilzkrankheiten, Pigmenterkrankungen, Syphilide der Haut, Lupus, Lichen ruber, Akne, Furunkulose, Pityriasis, seborrhoische und impetiginöse Ekzeme. Verf. selbst behandelte zunächst eine Reihe von Trichophytien mit der Afridolseife. Es befanden sich darunter die verschiedensten Formen, von dem einfachen Herpes tonsurans squamosus und dem Herpes tonsurans vesiculosus bis zu Fällen von Herpes tonsurans des behaarten Kopfes, die mit Abceßbildung kompliziert zur Behandlung kamen, ferner Fälle von Sycosis parasitaria. Sowohl bei dem Herpes tonsurans capillitii der Kinder, als auch der Sycosis parasitaria und den als Herpes tonsurans der unbehaarten Körperstellen anzusprechenden Trichophytien wirkte die Afridolseife so gut, daß es gelang, die Erkrankungen durch ihre Anwendung zur Abheilung zu bringen, so daß vielfach selbst auf die Epilation verzichtet werden konnte. Von besonderer Wirksamkeit ist die Afridolseife bei den verschiedenen Akneformen, von der Acne vulgaris bis zur Acne indurata und pustulosa. Ohne Darreichung innerer Präparate, unter Verzicht ätzender Schälpasten gelingt die Beseitigung von Komedonen und Aknepusteln durch einfaches Waschen der betreffenden Körperteile mit Eintrocknenlassen des Schaumes über Nacht meist nach 1—2 wöchiger Behandlung. Rezidive werden ebenso prompt durch die Afridolseife beseitigt. Auch bei der konstitutionellen Akne (bei Chlorosen, Magen-Darmerkrankungen etc.) war die Wirkung der Afridolseife auffallend schnell. Ebenso vorzüglich wirkt die Afridolseife bei der Furunkulose, wohl infolge ihrer hohen antibakteriellen Kraft; desgleichen beim impetiginösen Ekzem, wie es in typischer Form beim Ekzem des Kopfes ex pediculosi bei Kindern auftritt. Der Gebrauch der weißen Präcipitatsalbe konnte hierbei seit Benutzung der Afridolseife wesentlich eingeschränkt werden. Nach gründlicher Reinigung des Kopfes, evtl. Kurzschneiden der Haare, Abweichen und Ablösen der Krusten wird die erkrankte Fläche mit Afridolseife eingerieben; den Schaum läßt man eintrocknen. In der Mehrzahl der Fälle genügte die Durchführung dieser Behandlung zur Beseitigung der impetiginösen Ekzeme. Die Afridolseifenbehandlung ist viel bequemer als die Salbenbehandlung. — Wirksam ist auch die Afridolseife in allen Fällen von Seborrhoe, so auch bei Kopfschuppen. Bei der Psoriasis vulgaris sah Verf. zwar keine Heilung durch die Afridolseife, aber auffällige vorübergehende Besserungen.

R. L.

Bakteriotherapie.

Cand. med. **Marie Hollensen: In welcher Weise führt der praktische Arzt am besten eine Tuberkulinkur durch?** (Medizin. Klinik, 1912, No. 8.)

Da die Tuberkulinkur von Internen und Chirurgen in übereinstimmender Weise als zweckmäßig hervorgehoben wird und besonders die Notwendigkeit betont worden ist, daß

Patienten, die aus Krankenhäusern und Sanatorien entlassen worden sind, vom praktischen Arzte weiterhin kontrolliert und mit Tuberkulin, wenn nötig, nachbehandelt werden, ist es dringendes Erfordernis, daß jeder Arzt Bescheid weiß über die Methode, wie man das Tuberkulin verwendet, in welchen Fällen es sich als brauchbar erweist und wann die Kur beendet werden darf. Verfasserin berichtet über die Erfahrungen an der Heidelberger Chirurgischen Klinik. Sie betreffen das in Ampullen gelieferte Alttuberkulin Koch und die Bacillenemulsion, welche in ihren verschiedenen Lösungen mindestens ein Jahr haltbar sein sollen. Die Präparate müssen kühl und dunkel verwahrt werden; sind sie schlecht geworden, so zeigt sich das daran, daß das Alttuberkulin nicht mehr völlig klar ist, während die Bacillenemulsion, die schon an und für sich fein getrübt erscheint, große weiße Flocken enthält. Die Emulsion muß vor dem Gebrauch geschüttelt werden.

Wie soll nun der praktische Arzt die Kur durchführen? Vor Anfang der Kur soll die Pirquetsche Reaktion gemacht werden, um über die Tuberkulinempfindlichkeit des Patienten Aufschluß zu erhalten. Nachdem die Innenseite des Vorderarmes mit Alkohol oder Aether gründlich abgewaschen und die Impflanzette ausgeglüht worden ist, wird unter rotierenden Bewegungen der Impflanzette eine kleine Verletzung der Haut an drei Stellen ausgeführt. Auf zwei dieser Stellen wird je ein kleiner Tropfen einer 25 proz. Alttuberkulinlösung aufgetropft. Man wartet, bis diese völlig eingetrocknet sind, was bis zu einer Viertelstunde dauern kann, und überläßt dann die Stellen sich selbst. (Diese 25 proz. Alttuberkulinlösung wird am besten in kleinen Ampullen aus der Apotheke bezogen. Ein Karton mit 6 Ampullen für Kutanimpfung kostet 3 M.)

In den nächsten drei bis vier Tagen nach der Impfung muß der Patient vom Arzte kontrolliert werden, um die Stärke der Reaktion festzustellen.

Nach der Dauer und Stärke der Kutanreaktion wird die Anfangsdosis der Tuberkulinkur gewählt. Ist z. B. die Reaktion nur ersten Grades und dauert sie 2—3 Tage, so kann man ohne Gefahr mit mittleren Dosen anfangen, da in dem Falle keine Ueberempfindlichkeit gegen Tuberkulin besteht. Man beginnt mit 1:10 000, also mit 0,0001. Erhält man bei den starken Verdünnungen keine erhöhten Temperaturen, so kann man zunächst, langsam steigend, alle 5—6 Tage spritzen, um schneller vorwärts zu kommen. Besser aber ist, man bleibt in einem gewissen Turnus und spritzt jeden achten Tag.

Um die Injektionen mit steigenden Dosen bequem vornehmen zu können, haben die Apotheker eine Kombination mit Ampullen zusammengestellt, in welchen neun Ampullen vorrätig sind. (Eine solche Ampullenserie kostet 3,60 M.) Will man mit ganz schwacher Einspritzung beginnen, so bestellt man Alttuberkulin Koch, Serie Verdünnung 5; sie enthält neun Ampullen von 0,00001 bis 0,00009. Ist diese Serie erschöpft, so nimmt man Serie Verdünnung 4, enthaltend neun Ampullen von 0,0001 bis 0,0009, dann folgt Serie Verdünnung 3 mit 0,001 bis 0,009, Serie Verdünnung 2 mit 0,01 bis 0,09 und schließlich Serie Verdünnung 1 mit 0,1 bis 0,9. Die Verwendung dieser Serienlösung ist für den Arzt sehr bequem und garantiert gewissermaßen die gleichmäßige Steigerung der Injektionen.

Ganz ähnlich sind Serien vorrätig von Bacillenemulsion, eine Serie Bacillenemulsion Verdünnung 4 enthält neun Ampullen, Inhalt 0,0001 bis 0,0009, Serien Verdünnung 3, 2 und 1 sind entsprechend der obigen Dosierung von Alttuberkulin in gleicher Weise steigend.

Reagiert ein Patient auf eine Injektion mit Fieber, so darf man das nächste Mal nicht höhere Dosen geben, sondern die gleiche oder eine etwas geringere, so daß kein Fieber eintritt; dann erst steige man wieder langsam. Zur Kontrolle des Erfolges der Impfung empfiehlt es sich, alle sechs Wochen die Kutanreaktion zu wiederholen; sie wird bei erfolgreicher Behandlung in der Regel immer stärker. Zugleich empfiehlt es sich, gelegentlich dieser Kutanreaktion jedesmal eine erneute gründliche Untersuchung vorzunehmen, um eventuell neu auftretende Herde frühzeitig zu erkennen. Es liegt zweifellos der Vorteil der ambulanten Therapie nicht zum wenigsten darin, daß bei solcher Behandlung der Arzt den Kranken nicht aus dem Auge verliert und damit über den Verlauf der Krankheit genau orientiert ist.

Wenn die Patienten schon anderweit mit Tuberkulin behandelt worden sind, so muß natürlich die Höhe der alten Injektionsdosen dem Arzte mitgeteilt werden, damit er im gleichen Sinne fortschreitet.

Die Frage, wie lange eine Tuberkulinkur dauern soll, hängt von der Reaktion des Patienten ab. Im allgemeinen wird empfohlen, daß man die Kur abbrechen soll, wenn der Patient 1 ccm unverdünntes Alttuberkulin oder Bacillenemulsion reaktionslos verträgt, da dann eine genügende Immunisierung vorhanden sein soll. Bei solchen Dosen, die man am besten in größeren Abständen von zwei bis drei Wochen einspritzt, wird zuweilen beobachtet, daß die Pirquetsche Reaktion nicht weiter steigt, sondern geringer wird und sogar verschwindet. Nach Ansicht kompetenter Forscher bedeutet dieses Verschwinden nicht, daß es dem Patienten schlechter geht, sondern es soll ein Zeichen der Immunität sein.

In einem Zusatz zu vorliegender Arbeit bemerkt Prof. Wilms, daß nach seiner Ansicht bei stark positiver Kutanreaktion die Tuberkulinkur nicht unbedingt nötig ist, dagegen bei schwacher durchgeführt werden sollte und besonders zweckmäßig und notwendig sich erweist bei den Fällen von fungöser granulierender Tuberkulose, wie der Chirurg sie an den Sehnenscheiden, den Schleimbeuteln und auch an den Gelenken nicht selten beobachtet. Nimmt die Stärke der Pirquetschen Reaktion bei der Tuberkulinkur zu, so daß sie, wie das bei der chirurgischen Tuberkulose öfter der Fall ist, recht intensiv wird, so kann man die Tuberkulinkur für ein bis zwei Monate aussetzen und dann erst von neuem wieder beginnen, wenn die Reaktion geringer geworden ist. Es ist, sagt Wilms, zwar oben erwähnt, daß ein Verschwinden der kutanen Reaktion bei Verabreichung konzentrierter Lösung vorkommt und kein schlechtes Zeichen ist, doch scheint mir, daß, solange wir über die Ursache solcher Abnahme keine Aufklärung haben, wir lieber einen Zustand im Organismus erhalten sollten, wo Antikörperbildung noch erkennbar ist.

Kr.

Prof. Dr. **J. F. Rosenbach** (Göttingen): **Erfahrungen über die Anwendung des Tuberkulin Rosenbach bei chirurgischen Tuberkulosen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 12 bis 13.)

Verf. berichtet ausführlich über seine Erfahrungen mit dem von ihm dargestellten Tuberkulin bei sogen. chirurgischen Tuberkulosen. Er teilt die tuberkulösen Herde in drei Zustände ein: a) Das tuberkulös erkrankte Gewebe ist überall noch lebend, rückbildungs- oder wenigstens noch resorptionsfähig. Hierher gehören die meisten tuberkulösen Gelenkfungi, ferner tuberkulöse Schleimbeutel, Tuberkulosen im Peritoneum etc. b) Das tuberkulöse Gewebe ist größtenteils ebenso beschaffen, wie im Zustand a), daneben aber sind in geringerer Menge und in kleinen Partikeln und Fetzen zerstreut unresorbierbare, tote, käsige Produkte beigemengt. c) Das tuberkulöse Gewebe — Weichteile oder Knochen — ist in größeren und zusammenhängenden Partien vereitert, nekrotisch, verkäst. Es gehören aber auch vaskularisierte Gewebe: tuberkulöse Neubildungen mit Riesenzellen meistens, immer Granulationen und Lupusknoten zu den irreparablen, unresorbierbaren Produkten. Alle diese Herde bessern sich spontan sehr selten, sondern verlaufen langsam zum Schlechtern. Die Ursache davon liegt in ungenügender Antikörperbildung, sodann im Versagen der örtlichen Reaktionsfähigkeit gegen die tuberkulöse Lokalisation. Deshalb ist eine spezifische Behandlung notwendig. Speziell das Tuberkulin Rosenbach (Tbn. Ros.) bessert die Verhältnisse in jeder Beziehung; es schafft eine intensive Reaktion der Gewebe gegen die tuberkulosen Produkte. Bei geschlossenen Herden mit Zustand a) ist Resorption des Exsudats und bei Wiederholung der Injektionen Heilung die Regel, auch wenn der Erguß in Höhlen entstanden war. Bei Zustand b) und c) bei geschlossenen Herden entsteht eine intensive Entzündung, welche meist zu Eiterung und Aufbruch resp. Eröffnung führt, zuweilen zu einem Zustand mit hochgradiger Schmerzhaftigkeit, welcher auch Eröffnung zwecks Operation indiziert. Was nun die Methode der Anwendung des Tbn. Ros. bei chirurgischen Tuberkulosen anlangt, so kommt in erster Linie die lokale Injektion in die Krankheitsherde in Betracht; sie wirkt am energischsten. Lokale Injektionen bei geschlossenen Herden werden, wo ein tuberkulöser Hohlraum besteht, in diesen gemacht, sonst möglichst in das Zentrum der Herde. Die Reaktionen können durch Hochlagerung, kalte Umschläge, Morphiuminjektionen gelindert werden. Auch kommen die sonstigen chirurgischen Maßnahmen, z. B. hinsichtlich der Stellung, Schonung und Mobilisierung von Gelenken in Frage. Was die lokalen Injektionen bei offenen Herden anlangt, so ist in die Wandungen und den Boden der Herde zu injizieren. Die Injektionen werden von der Haut oder von der tuberkulösen Fläche aus gemacht, aber so weit von letzterer entfernt, daß sich das Tuberkulin nicht durch die Granulationen einen Weg bahnt und nach außen oder in den Herd oder die Fisteln abfließt. Die Regeln der chirurgischen Wundbehandlung sind dabei zu beachten. Spaltungen, Drainagen, Gegenöffnungen, nasse Verbände etc. sind zuweilen nötig. Auch können noch Reste von tuberkulösen Produkten in der Folge hervortreten, welche durch Nachoperationen entfernt werden müssen. — Die subkutane Einverleibung von Tbn. Ros. ist hauptsächlich da indiziert, wo die Herde durch lokale Injektionen nicht zu erreichen sind (z. B. bei Tuberkulose der Wirbel, Drüsen, des Darms, des Bauchfells). — Zur Diagnose auf Tuberkulose wird Tbn. Ros. subkutan injiziert, meist an den Oberarmen. Um Zufällen vorzubeugen, ist es rätlich, zur Probe auf abnorme Tuberkulinempfindlichkeit 0,01—0,1 ccm, je nach dem Alter und Kräftezustand, zu injizieren. Zeigt sich eine solche nicht, so wird mit 0,2 ccm begonnen, und wenn in 24—48 Stunden keine Reaktion eingetreten ist, 0,3 ccm injiziert. Bleibt auch dann die Reaktion aus, so wird nochmals 0,5 ccm injiziert. Tritt auch bei dieser Dosis keine Reaktion auf, so darf man annehmen, daß keine

oder keine mit der Zirkulation wesentlich in Zusammenhang stehende Tuberkulose vorhanden ist. Die Reaktion zeigt sich in dem typischen roten Infiltrat am Impfstich und evtl. in einer Temperaturerhöhung. — Was die Dosierung bei der lokalen Injektion in die Gelenke anlangt, so war die Anfangsdosis fast immer 0,2 ccm, auch bei kleineren Kindern. Wo eine Probeinjektion besondere Empfindlichkeit zeigte, war die Dosis entsprechend geringer. Bei den Wiederholungen der Injektion wurde die Dosis gesteigert, meist jedesmal um 0,1 ccm. Der Zeitraum zur Wiederholung der Injektion richtete sich in erster Linie nach dem Befinden des Patienten und der Höhe der Reaktion; bei erheblicherer Reaktion geschah die Wiederholung nach 3—10 Tagen. Mit dem Nachlassen der Reaktion trotz der stärkeren Dosen wurde die Kur beendet. Die von Verf. mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, daß teilweise in relativ kurzer Zeit Heilung erzielt wurde (z. B. 1,1 ccm in 28 Tagen in 5 Injektionen, 2,2 ccm in fast 4 Wochen etc.). Bei Wirbeltuberkulose wurde subkutan 0,05—1 ccm pro dosi injiziert. Aehnlich ist die Dosierung bei sonstigen lokalen Injektionen (in tuberkulöse Drüsen etc.). Man beginnt mit 0,2—0,3 ccm. Die Behandlung des Lupus beginnt mit Injektionen von Tbn. Ros. in das Gewebe unter dem Lupus. Man sticht durch den Lupus ein oder führt die Nadel am Rande einstechend, flach unter den Lupus. Dosis, Steigerung und Intervalle zwischen den Injektionen wie bei den Gelenken. Die Wirkung besteht in entzündlicher Schwellung des Lupus und seiner Umgebung und einer schleimig-eitrigen Exsudation aus der Oberfläche, verbunden mit einer Allgemeinreaktion, welche einige Tage anhält. Nach einigen Injektionen kommt es zur Schrumpfung und Verkleinerung des Lupus. Schließlich bleibt ein Rest, der sich nicht zu normalem Gewebe zurückbildet; es muß dann chirurgisch mit Thermokauter, Exzisionen etc. die Behandlung beendet werden. — Eine Reihe von Abbildungen zeigt die von Verf. erreichten Erfolge. Zum Schluß berichtet Verf. über je einen Fall von Bauchfelltuberkulose und Darmtuberkulose, welche durch subkutane Injektionen von Tbn. Ros. geheilt resp. weitgehend gebessert wurden. R. L.

Physikalische Therapie.

B. Rubinstein: Ueber Moorbäder. Aus der Universitäts-Poliklinik f. physikal. Heilmethodik in Zürich. (Dissertation, Zürich 1911.)

Die Moorbäder finden Verwendung bei solchen Krankheiten, wo die Resorption in mächtiger Weise angeregt werden soll; wo ein kräftiger Hautreiz und gleichzeitige Wärmezufuhr für den Heilprozeß nötig sind. Moorbäder sind indiziert:

Bei Rheumatismus, sowohl Muskel- als Gelenkrheumatismus, und bei Gicht. Moorbäder wirken auf die Resorption von gichtischen und rheumatischen Ausschwitzungen, insofern diese überhaupt noch resorbierbar sind. Durch Besserung des Grundleidens werden auch die vorhandenen Bewegungsstörungen, Kontrakturen günstig beeinflußt resp. geheilt. (Strohmeyer betont, daß bei der operativen und medikamentös-therapeutischen Behandlung rheumatischer Ankylosen, besonders der Hüfte, sich die Moorbäder als einleitende und Nachkuren sehr empfehlen.) Günstig wirken die Moorbäder auf die Resorption von traumatischen Exsudaten, die nach abgelaufener Entzündung zurückgeblieben sind, z. B. bei Zerrungen, Zerreißungen, Verrenkungen, Knochenbrüchen usw.

(Fischer und Pirogoff empfehlen die Moorbäder bei Schußwunden, speziell für ihre Folgezustände, wenn die Wunden sich im Stadium der Vernarbung befinden, wobei die Vernarbung aber sehr langsam vor sich geht, oder auch, wenn nach Heilung von Schußfrakturen bedeutende Knochenschmerzen zurückbleiben. Dumreicher empfahl die Moorbäder sogar bei Wundflächen, welche bei Operationen zurückbleiben, wenn keine Vernarbung erfolgt.)

Bei einer großen Reihe der Sexualkrankheiten der Frauen, besonders, wenn diese Folgen oder Begleiterscheinungen von anämischen oder chlorotischen Zuständen sind. Auch, wo es sich um Resorption von Exsudaten nach Puerperalprozessen handelt. Bei chronischer Endometritis, beim Vaginalkatarrh wurden Moorbäder empfohlen. Günstige Erfolge sind von der Anwendung der Moorbäder auch bei Amenorrhoe, Dysmenorrhoe, bei Menorrhagien, die in wässeriger Beschaffenheit des Blutes oder Atonie des Uterus ihre Ursache haben, gesehen worden.

Bei Pollutionen, Spermatorrhoe und beginnender Impotenz, wenn dieselben Folgen von Säfteverlusten nach erschöpfenden Krankheiten oder geistigen Exzessen sind.

Bei Tumor der Leber infolge chronischer Hyperämie und Fettinfiltration, bei Milztumoren nach Intermittens, bei Infiltrationen der Lymphdrüsen infolge von Skrofulose, bei anämischen Zuständen, die mit Milztumor verbunden sind.

Bei Lähmungen, besonders dann, wenn die Ursache der zerstörten Nervenleitung in Exsudation im Bereich der peripheren Nerven liegt. Durch die Wirkung der Bäder kann das Exsudat rasch resorbiert und die normale Innervation wieder hergestellt werden. Sind die Bäder nicht imstande, die Nervenleitung herzustellen, so wirken sie doch den sekundären Folgen der Lähmung entgegen (namentlich der drohenden Inaktivitätsatrophie). Es geschieht dies durch die erhöhte Wärme des Moorbades, welche die Vitalität der gelähmten Teile erhöht. Besonders schöne Erfolge wurden bei der Behandlung der Ischias mit Moorbädern gesehen. Auch wirken sie günstig auf Lähmungen und Neuralgien auf rheumatischer Basis sowie nach gewissen exanthematischen Krankheitsprozessen (Pokken, Scharlach etc.) oder auf Lähmungen, die durch metallische Intoxikationen hervorgerufen sind.

Hautkrankheiten kommen für die Behandlung mit Moorbädern nur dann in Betracht, wenn sie sich auf anämischer oder nervöser Grundlage entwickelt haben. Anzuführen wären: Purpura, Lichen, Prurigo, Urticaria, Psoriasis, chronisches Ekzem, Morbus maculosus Werlhofii und atonische Geschwüre der Haut.

Zur Unterstützung der Trinkkur mit natürlichen Eisenquellen finden Moorbäder Anwendung bei Anämie und Chlorose, Magen- und Darmkatarrhen, Dysenterie, Hämorrhoiden usw.

Bei Lungenemphysem, Lungentuberkulose, Neigung zur Hämoptoe, ferner bei Arteriosklerose, bei organischen Herzfehlern sind Moorbäder kontraindiziert. Auch die Gravidität gibt eine Kontraindikation ab, denn durch heiße Moorbäder kann die Gravidität ziemlich sicher unterbrochen werden. Zur Zeit der Menses ist die Moorbadekur auszusetzen. F.

Ophthalmotherapie.

Dr. **L. von Liebermann** (Budapest): **Zur Therapie der Lidrandentzündungen.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Bei der Behandlung der Lidrandentzündungen müssen die verschiedenen Formen derselben scharf auseinandergehalten werden. Die Blepharitis ulcerosa — eigentlich Folliculitis der Cilienbälge — bietet der Therapie keine erheblichen Schwierigkeiten. Es kommt darauf an, durch Entfernen der eingetrockneten Eiterborken und evtl. Oeffnen der einzelnen Abscesse dem Eiter Abfluß zu verschaffen und dadurch ein weiteres Umsichgreifen der Eiterung mit Bildung größerer Geschwürsflächen zu verhindern; gleichzeitig muß durch Anwendung antiseptischer Salben die Infektion benachbarter Stellen verhütet werden. Verf. empfiehlt dazu lauwarme, nasse Umschläge mit nachfolgendem Abreiben des Lidrandes mit nasser Watte. Leichte Touchierungen der Conjunctiva und des Lidrandes mit 1—2 proz. Argent. nitric. leisten daneben, und zwar besonders in den Fällen, wo die Bindehaut infiziert ist, vorzügliche Dienste. Unter den nichteitrigen Formen von Blepharitis kann man hauptsächlich zwei unterscheiden: solche, die mit chronischer katarrhalischer Conjunctivitis (zumeist Diplobacillenconjunctivitis) einhergehen und als deren Folgezustand aufzufassen sind (eigentliche Blepharoconjunctivitis), und Erkrankungen des Lidrands allein. Die erstgenannte hält mit dem Zustand der Bindehaut gewöhnlich Schritt; bei Behandlung der Conjunctiva mit 0,3—0,5 proz. Zinksulfatlösung geht die Lidrandrötung nach Anwendung entsprechender antiseptischer Salben zurück, während die Behandlung des Leidens erfolglos bleibt, wenn man den Bindehautkatarrh vernachlässigt. Was die primären Erkrankungen des Lidrandes allein (trockene Seborrhoe, squamöse Blepharitis) anlangt, deren Hauptmerkmal die Schuppenbildung am Lidrand ist, sehr oft mit Rötung desselben und Ausfall der Cilien, so sind diese der Therapie am schwersten zugänglich. Die verschiedensten Salben sind dagegen, oft ohne Erfolg, versucht worden. Von Wicherkiewics wurde besonders das Xeroform (Tribromphenol-Wismutoxyd) bei ekzematösen Erkrankungen der Augenlider angewendet. Es bewährte sich meist sehr gut, nur in vereinzelten Fällen verursachte es eine medikamentöse Dermatitis, die man auf Rechnung des Phenolmoleküls setzt. Deshalb hat neuerdings die Chem. Fabrik Heyden Akt.-Ges. in Dresden-Radebeul ein Präparat hergestellt, in welchem das Phenolmolekul durch Brenzkatechin ersetzt ist, d. h. an Wismutoxyd gebundenes Tetrabrombrenzkatechin. Das neue Präparat hat den Namen Noviform erhalten; es stellt ein hellgelbes, feinkörnig amorphes, vollkommen geruchloses Pulver dar. Verf. hat mit Noviform bisher 25 Fälle, und zwar sämtliche angeführten Arten von Lidrandentzündung behandelt. Das Pulver wurde mit reinster Vaseline zu 5- bis 20 proz. Salbe verarbeitet. Verf. verwendet jetzt meist die 20 proz. Salbe. Bei Blepharitis ulcerosa wird die Salbe, nach

sorgfältigem Aufweichen und Entfernen der Eiterborken mit Wattekompressen, morgens und abends dünn auf den Lidrand aufgetragen. Auch bei der Blepharoconjunctivitis hat man erst die Schuppen durch nasse Kompressen abzulösen, bevor man die Salbe aufträgt. Bei reiner Blepharitis squamosa oder Seborrhoea sicca des Lidrandes war die Wirkung der Noviformsalbe besser als die der bisher gebrauchten Mittel. Alles in allem ist Noviform nach den Erfahrungen des Verfassers ein Mittel, das bei völliger Reizlosigkeit gegen die meisten Lidrandentzündungen sehr wirksam ist.

Dr. **R. Denig** (New York): **Eine chirurgische Behandlung für Kalkverletzungen des Auges.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Verf. ersetzte in zwei Fällen von Verätzung der Bindehaut infolge von Kalk mit sekundärer allgemeiner Trübung der Hornhaut die verätzte Bindehaut durch eingepflanzte Lippenschleimhaut. Die Operation wurde im ersten Falle am 6. Tage nach der Verletzung ausgeführt, und zwar in folgender Weise: Nach vorhergehender Kokainisierung wurde die Bindehaut mit subconjunctivalem Gewebe ringförmig hart vom Hornhautrande abgelöst und in einer Breite von etwa 5—6 mm exzidiert. Es wurde sodann der Oberlippe ein entsprechender Schleimhautlappen entnommen, sorgfältig von dem submucösen Gewebe gereinigt — während der Assistent die Lippenwunde vernähte, der so gewonnene Lappen in zwei Hälften zerlegt und in Gestalt von zwei Läppchen der durch die ringförmige Exzision der Bindehaut entstandene Defekt ersetzt, und zwar deckte der eine Lappen die an die beiden oberen und der andere die an die beiden unteren Hornhautquadranten grenzenden Skleralflächen; etwas über den Limbus herausragende Partien der Läppchen wurden mit der Schere zurechtgestutzt. Doppelseitiger leichter Verband. Das Auge wurde nur jeden Tag etwas gereinigt und das untere Lid hierbei nur soweit abgezogen, um einen Tropfen Atropin einzuträufeln. Nach 9 Tagen wurde der Verband weggelassen. Beide Lappen waren tadellos angeheilt, die Trübung der Hornhaut hatte sich fast ganz aufgehellt. Die Sehschärfe war am 16. Tage nach der Operation ½ der normalen. — Ganz ähnlich war der Verlauf in einem zweiten Falle. R. L.

Gynäkologische Therapie.

Dr. **Max Nassauer** (München): **Die vaginale Pulverbehandlung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 10—11.)

Verf. hat vor einigen Jahren an Stelle der Scheidenspülungen bei Ausfluß aus der Scheide die trockene Pulverbehandlung mittels der Bolus alba empfohlen und hierfür auch einen geeigneten Pulverzerstäuber, den Siccator, angegeben. Das Verfahren hat seitdem eine ziemliche Verbreitung gefunden; eine Reihe von Autoren haben sich dafür ausgesprochen; auch in der Tierheilkunde, beim Ausfluß der Kühe, einem sehr verbreiteten Leiden, welches bei den Tieren meist zum Abort führt, wurde es mit großem Nutzen angewendet. — Beruht der Ausfluß auf Obstipation, Chlorose, beginnender Tuberkulose etc., also auf konstitutioneller Basis, so wird die Patientin angewiesen, mittels des Siccators ihren Ausfluß selbst zu behandeln, um nur von Zeit zu Zeit in der Sprechstunde kontrolliert zu werden. Ist der Ausfluß durch eine lokale Affektion bedingt (Gonorrhoe, Entzündungen, Geschwülste, Verletzungen etc.), so geht Verf. folgendermaßen vor: Nach Einführung des Speculums wird die Vagina sorgfältig ausgetupft; dann wird mittels eines Löffelchens das Pulver überall eingebracht, vor allem wird die Portio dick belegt, dann unter Zurückziehung des Speculums die ganze Scheide. Bei sehr starkem, eitrigem Fluor findet man dann am nächsten Tage in der Scheide eine zähe, gelbe Masse, die sich leicht austupfen läßt. In diesen Fällen wird die Patientin zunächst angewiesen, mittels des Siccators das Pulver sich selbst 3—4 mal am Tage einzublasen. Eine reinigende Ausspülung soll nur dann vorgenommen werden, wenn der Ausfluß sich wieder einstellt, was gewöhnlich nach 2—3 Tagen der Fall ist. Sofort an diese Spülung wird die Pulverbehandlung wieder angeschlossen. Gewöhnlich hört in diesen Fällen nach einer Woche der starke Ausfluß auf. Man sieht dann meist aus der Cervix das den Fluor bedingende oder unterhaltende Sekret ausfließen. Man legt dann wieder vor die Cervix, bei klaffender Cervix auch in dieselbe, große Mengen von Pulver und ebenso wieder in die Scheide. Das Pulver wirkt nicht nur austrocknend, sondern auch drainierend auf die Cervixhöhle; dadurch erhält diese die Möglichkeit, auszuheilen. Das Verfahren kann nach den Erfahrungen an der Straßburger Kinderklinik auch bei der Vulvovaginitis der Säuglinge und kleinen Mädchen angewendet werden. — Verf. hat im Laufe der Zeit zahlreiche Versuche angestellt, die Bolus alba mit anderen Präparaten zu kombinieren. Sehr gut bewährte sich die Kombination mit Lenicet. Verf. ließ sich einen 20 proz. Lenicetbolus herstellen. Diesen verwendet er sehr häufig in den Fällen, in welchen nach der vorausgegangenen einfachen Bolusbehandlung noch eine leichte adstringierende Wirkung auf die vaginale Schleimhaut und Portio erwünscht erscheint. Ferner läßt sich die Pulverbehandlung zu dem Zweck benutzen, daß sie resorbierend wirkt und die vielfach wirkungslose Tamponbehandlung verdrängt. Dazu ist die Kombination von Jodpräparaten mit Bolus alba geeignet. Verf. stellte sich u. a. eine 10 proz. Novojodinbolusmischung her und wandte sie bei chronischen Adnexerkrankungen, Parametritiden etc. an, wo er früher Jodglyzerintampons angewendet hatte. Es wird dadurch zugleich eine symptomatische und eine kausale Wirkung erzielt. — Aetzungen der Cervix wendet Verf. neben der Pulverbehandlung bei Cervicalkatarrhen grundsätzlich nicht an. Die Portioerosionen verschwinden durch die austrocknende Behandlung von selbst. Bei den gonorrhoischen Affektionen wird dann die Scheide mit Lenicetbolus nachbehandelt. Sehr viele Fälle von akuter und chronischer Gonorrhoe gelangen durch die Bolusbehandlung verhältnismäßig rasch zur Ausheilung. Auch Geschwüre, welche auf Prolaps, Decubitus durch Pessare etc. beruhen, heilen in kurzer Zeit durch die Bolusbehandlung aus, desgleichen seniler Fluor, nervöser Fluor, Fluor bei Carcinom.

Dr. **Th. Müller**, Missionsarzt in Aburi, Goldküste West-Afrika: **Erfahrungen mit Chinin in der Geburtshilfe.** (Münch med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Verf. berichtet über zwei Fälle, in denen das Chinin. muriatic. in der Dosis von 1 g sich als gutes Mittel zur Hervorrufung von Wehen bei Wehenschwäche erwies. In dem einen Falle handelte es sich um eine Europäerin (III-para), bei welcher bei den früheren Geburten der Geburtseintritt stets verspätet erfolgt war. Der andere Fall betraf eine 30 jährige Negerfrau, Primipara, bei welcher die Geburt nach der Entbindung von einem Kind vor etwa 40 Stunden zum Stillstand gekommen war und, nach Erregung von neuen Wehen, die Geburt eines zweiten Kindes erfolgte (eineiige Zwillinge). Krampfwehen und spastische Zustände der Uterusmuskulatur traten in keinem der beiden Fälle auf.

Dr. **Josef Hirsch** (Berlin): **Ueber die Behandlung des Wochenbettfiebers mit einem Silberarsenpräparat [Argatoxyl].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 12.)

Verf. berichtet über einige Fälle von puerperaler Infektion, bei welchen er eine Verbindung des Atoxyls mit Silber zur Anwendung brachte. Die neue Verbindung, Argatoxyl genannt, ist das Monosilbersalz der p-Aminophenylarsinsäure. Das in den Handel kommende Präparat stellt eine 10 proz. Aufschwemmung des Salzes in Olivenöl dar; mit dieser stellte Verf. seine Versuche an. Die Anwendung geschah in intramuskulärer Injektion. Die Einzeldosis betrug 0,3 oder 0,4 g Argatoxyl, d. h. 3 resp. 4 ccm der 10 proz. Aufschwemmung. Verf. behandelte im ganzen 12 Fälle von puerperaler Infektion mit Argatoxyl, von denen einer tödlich endigte. Aber auch unter den geheilten Fällen fanden sich sehr schwere Formen von puerperaler Allgemeininfektion, so daß Verf. geneigt ist, die Heilung wenigstens zum Teil auf Rechnung des Argatoxyl zu setzen. In den meisten Fällen erfolgte ein Abfall der Temperatur innerhalb 12 Stunden nach Injektion des Argatoxyls. Irgendwelche dauernde Schädigungen durch das Argatoxyl wurden nicht beobachtet. In 3 Fällen entstanden örtliche Abscesse an der Injektionsstelle, die nach stichförmiger Oeffnung schnell ausheilten. Jede andere lokale oder allgemeine Therapie unterblieb neben Argatoxyl, nur wurde versucht, durch Herzmittel (Coffein, Digalen, Alkohol) die Widerstandskraft des Organismus zu erhöhen. Nach Verf. ist es für den Erfolg ausschlaggebend, daß das Argatoxyl recht frühzeitig zur Anwendung kommt. R. L.

Chirurgische Therapie.

Prof. Dr. **Fritz König** (Marburg a. L.): **Ueber Radikaloperation großer Hernien, speziell der Bauchbrüche, mittels Verlötung.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 11.)

Verf. berichtet über ein Verfahren, mittels dessen er in 14 Fällen von teilweise sehr großen und ungünstigen Bauchbrüchen eine lückenlose Heilung erzielt hat. Das Prinzip des Verfahrens besteht darin, daß auf die sorgfältig ausgeführte Naht der Hernie ein von einer anderen Körperstelle her entnommener Lappen von derbem Gewebe in freier Uebertragung aufgenäht wird. Verf. benutzt dazu jetzt meist Periost samt Cambiumschicht von der Vorderfläche der Tibia, nur vereinzelt Fascie. Die Bruchpforte wird ringsherum sorgfältig freigelegt, die umgebende Aponeurosenwand mehrere Zentimeter weit sorgfältig von Fett befreit und geglättet. Nach Abschneiden des Bruchsackes an der Pforte wird das Peritoneum fortlaufend mit Katgut vereinigt, wenn nötig unter Mitfassen der Fascia transversa; darauf werden die Bauchdecken selbst durch Seidenknopfnähte, evtl. Aluminiumbronzedraht, gut adaptiert vereinigt. Drahtnähte werden durch Uebernähen mit Katgut versenkt, sie dürfen nicht vorstehen. Nun übersieht man die Nahtlinie und stellt ihre Länge fest. Dann werden Haut und Fett über der linken Tibiamitte längs gespalten und auseinandergezogen; durch je einen Querschnitt oben und unten über die ganze Breite der Tibiafläche sowie durch sie ver-

bindende Längsschnitte auf der inneren und äußeren Tibiakante wird ein rechteckiger Periostlappen umgrenzt, der je nach der Länge der Bauchdeckenlinie, welche er um 2 cm übertreffen muß, 10—15 cm und länger ist, auch die ganze Länge der Tibia einnehmen kann. Mit scharfem Raspatorium oder geradem Meißel wird das Periost ohne Durchlöcherung desselben vom Knochen abgeschoben; die Haut wird später einfach über dem Periostdefekt zusammengenäht und heilt primär zu. Jetzt wird der Periostlappen, die Cambiumschicht nach innen, über die soeben ausgeführte Radikaloperation gebreitet; ringsum werden Nahtlinien und Nahteinstechlöcher völlig bedeckt. Mit feinem Katgut-Kuhn werden die vier Ecken des Lappens, mittels Knopfnaht, in dieser Lage auf die Aponeurose aufgenäht. Dann folgen 1 oder 2 fortlaufende, dünne Katgutnähte ringsherum, deren Fadenenden untereinander verknüpft werden. Bei fetten Personen pflegt Verf. einige tiefe Katgutnähte durch das Fett hinzuzufügen, damit die Gewebe um den verpflanzten Lappen sich eng herumschließen. Völlige Hautnaht; bei großen Hernien und fetten Personen 1 oder 2 Drainagen, die aber nicht bis auf den Periostlappen führen. Die Aseptik muß subtil sein. Neuerdings verwendet Verf. statt der Jodtinktur 5 proz. Thymolspirituslösung zur Hautdesinfektion. In allen 14 Fällen heilten die Transplantate ein. In der Mehrzahl der Fälle handelte es sich um schwere Bauchbrüche, 11 waren nach Operationen entstanden. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung“.)

Sitzung vom 27. März 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Herr **C. S. Engel** demonstriert das von Lilienstein (Bad Nauheim) konstruierte **Kardiophon**, das auf dem Wege der elektrischen Uebertragung eine Dauerkontrolle der Herztätigkeit ermöglicht. Es können Nervöse, Schwerkranke, Badende vom Nebenraum aus auskultiert werden. Die Herztöne eines Kranken können durch eine größere Zahl von Hörapparaten von beliebig viel Personen gleichzeitig gehört werden (Unterrichtsstethoskopie). Endlich ist der Apparat geeignet, Herztöne gleichzeitig mit Hilfe des Saitengalvanometers graphisch zu registrieren.

Herr **Lilienstein** setzt des näheren die Konstruktion des Apparates auseinander.

Herr **Hellin** (a. G.) demonstriert Hunde, bei denen er kurz vorher einen **doppelseitigen Pneumothorax mit Rippenresektion** angelegt hat, ohne daß die Tiere dabei zugrunde gingen; nach der Lehre der Physiologie wäre zu erwarten, daß die Tiere durch Lungenkollaps eingehen, es ist dies aber nicht der Fall. Warum die Lungen nicht kollabieren, weiß H. nicht anzugeben. Die Lehre vom Mechanismus der Lungenbewegung müsse auf Grund der festgestellten neuen Tatsachen einer Revision unterzogen werden.

Herr **Bönniger** demonstriert seinen **Apparat zur Erzeugung des künstlichen Pneumothorax**, der sich durch seine Einfachheit und leichte Herstellbarkeit auszeichnet.

Tagesordnung:

Pankreasveränderungen bei Diabetes.

Herr **v. Hansemann**: Als v. Mering und Minkowski die Anschauung zur Geltung brachten, daß nach Exstirpation des Pankreas bei Tieren Diabetes entsteht und alle Einwürfe von den Forschern beseitigt waren, schien es Vortragendem nützlich nachzuforschen, wie sich die Bauchspeicheldrüse bei menschlichem Diabetes verhält. Er konnte nachweisen, daß 70 pCt. der Diabetiker typische Veränderungen im Pankreas haben, die alle sicher in Zusammenhang mit dem Diabetes stehen. Dank dem Fortschritt der klinischen und anatomischen Forschung gelang es weiterhin, feinere Veränderungen im Pankreas kennen zu lernen, und heute kann man die Behauptung aufstellen, daß in jedem Falle von echtem Diabetes sich Veränderungen im Pankreas finden lassen.

Fälle, die längere Zeit post mortem bis zu 24 Stunden zur Untersuchung kommen, lassen wegen der schnell eintretenden Autodigestion des Pankreas nur gröbere Veränderungen erkennen, untersucht man aber das Organ kurz nach eingetretenem Tode, so findet man die feineren Veränderungen. Es handelt sich um zwei Gruppen von Veränderungen des Pankreas bei Diabetes. Die erste Gruppe umfaßt alle diejenigen krankhaften Zustände, die das gemeinsam haben, daß sie nicht notwendig zu Diabetes führen müssen, sondern nur dann, wenn das Organ zum größten Teil verändert ist. Dahin gehört die Polysarcie, bei der das Pankreas von Fettgewebe durchwachsen ist. Ferner die fibrösen Entzündungen, die mit Narbenbildung einhergehen, wie man sie bei Vorhandensein von Steinen findet. Des weiteren fallen in diese Gruppen die bei Arteriosklerose auftretenden Bindegewebswucherungen; hier tritt nur in vereinzelten Fällen mit starken Veränderungen Diabetes auf.

Von anderen entzündlichen Veränderungen, die zu Diabetes führen, ist zu erwähnen die akute hämorrhagische Pankreatitis. Diese verläuft gewöhnlich so schnell (in 24 Stunden), daß die zur Zuckerausscheidung erforderliche Inkubationszeit gar nicht erst erreicht wird; in den langsamer verlaufenden Fällen hingegen kann man die Zuckerausscheidung beobachten. — Ferner gehört in diese Gruppe der Pankreaskrebs. Es versteht sich, daß ein metastatischer Krebs des Pankreas gerade so wirken muß, wie andere Zerstörungsprozesse. Die Erfahrung lehrt, daß gerade die primären Pankreaskrebse keinen Diabetes hervorrufen, weil die Carcinomzellen hier als Abkömmlinge der Pankreaszellen wohl imstande sind, die innere Sekretion zu besorgen.

Die zweite interessante Gruppe umfaßt eigentlich nur eine Art der Erkrankung, die schon in den ersten Anfängen zu Diabetes führt. Das ist die Granularatrophie des Pankreas. Bei hochgradiger Veränderung ist sie schon makroskopisch zu erkennen. Das Primäre ist die Parenchymerkrankung, das Sekundäre die Fibrosis; von sekundären Veränderungen sind noch zu erwähnen die kleinzellige Infiltration, die hyaline Degeneration der Langerhansschen Inseln. (Demonstration von Pankreaspräparaten der verschiedenen Art.) Vortragender geht ausführlicher auf die Inseltheorie ein, deren Anhänger er ursprünglich selber gewesen ist, und die dahin geht, daß die Erkrankung der Inseln die Ursache des Diabetes darstelle, während das übrige Drüsenparenchym gleichgültig sei. Durch die Feststellung, daß die Zahl der Inseln keine konstante ist, sondern durch äußere Umstände beeinflußt werde, daß es Uebergänge zwischen Inseln und Parenchym gibt, daß ferner die Insel kein durch eine Kapsel abgegrenztes einheitliches Gebilde ist, sei Vortragender veranlaßt worden, die Inseltheorie fallen zu lassen. Es gibt überdies auch Fälle von ausgesprochenem Pankreasdiabetes, bei denen die Inseln ganz normal sind.

Diskussion:

Herr **Mosse** berichtet über experimentelle Röntgenbestrahlung des Pankreas. Zwei Hunde wurden drei Monate hindurch im ganzen 70 mal bestrahlt. Es fanden sich dabei Veränderungen der Haut, Störungen der Verdauung das Pankreas blieb aber unverändert. Wurde aber das freigelegte und luxierte Pankreas bestrahlt, (im ganzen 6 mal), dann zeigten sich nekrotische Veränderungen der Pankreaszellen, Ausfälle ganzer Bezirke und Bindegewebsneubildung.

Herr **Rosenberg**: Durch Intoxikationsversuche sind schwere Veränderungen der Inseln erzielt worden, ohne daß man dabei Diabetes auftreten sah. Diese Feststellung bietet eine passende Stütze für die Anschauung v. Hansemanns, daß die Inseln keine grundlegende Bedeutung für die Entstehung des Diabetes beanspruchen können.

Herr **v. Hansemann** (Schlußwort). Britzmann.

41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie zu Berlin vom 10.—13. April 1912.

Bericht von Privatdozent Dr. M. Katzenstein (Berlin).

Der diesjährige Vorsitzende, Herr **Garrè** (Bonn), leitet den Kongreß mit einer geistvollen, gedankenreichen Gedächtnisrede auf Lord Lister ein.

Herr **Lampe** (Bromberg): **Ueber Verwendung von Kampferöl bei der Anlegung und Naht von Operationswunden.**

Die Haut des Operationsfeldes wird durch Abreiben mit Aetherbäuschchen entfettet und danach intensiv mit 2 proz. sterilisiertem Kampferöl eingerieben. Nachdem die Operationswunde die für den Eingriff nötige Tiefe erreicht hat, wird Kampferöl in genannter Konzentration hineingegossen; das in der Wunde stehende überschüssige Oel wird durch Tupfer entfernt. Dieselbe Prozedur wird gegen Ende der Operation, vor Anfang der Naht, vorgenommen. Die Heilung der Operationswunde ist bei dieser Methode fast ohne jede Störung verlaufen. Die Wirkung des Kampferöles auf die stets bald nach dem Hautschnitt bakterienhaltigen Operationswunden stellt L. in Parallele zu der des Perubalsams; die baktericide Kraft des Präparates ist gering, es hat aber die Fähigkeit, die Bakterien der Operationswunde mechanisch einzuhüllen. Kampfer wirkt weiter auf Wundgewebe hyperämisierend und positiv, so daß man annehmen darf, daß die baktericiden Fähigkeiten der Wunde um so mehr siegreich sein werden, als die Bakterien durch die ölige Einhüllung in ihrer Kraftentfaltung gehemmt sind.

Diskussion:

Herr **Nötzel** (Saarbrücken) empfiehlt Kampferöl gleichfalls zur Wundbehandlung.

Herr **Bier** (Berlin) weist darauf hin, daß die Entzündung eine erwünschte und zweckmäßige Einrichtung ist, und hat in der gleichen Richtung auch bezüglich der Heilung der Wunden Versuche gemacht. Die nach Hervorrufen einer künstlichen Entzündung geheilte Wunde zeigt später eine

festere Narbe, sonstige Vorteile konnte jedoch Herr Bier von dem Verfahren nicht sehen und ist daher zur reinen Asepsis wieder zurückgekehrt.

Herr **Dreyer** (Breslau): **Untersuchungen über Zahl, Art und Virulenz der aus aseptischen Operationswunden bei dem heutigen Desinfektionsverfahren züchtbaren Bakterien.**

Trotz strengster Anforderungen an die Asepsis und trotz guter Wundresultate wird nicht immer eine Keimfreiheit der Wunden erzielt. Wenn trotzdem eine Heilung möglich ist, so liegt das einmal daran, daß der Organismus mit einer gewissen Anzahl von Keimen fertig wird, oder die Keime, die wir in der Wunde nachweisen, sind nicht sehr wirksam. Vortr. hat bei seinen Untersuchungen die Virulenz der in der Wunde gefundenen Bakterien nach der Hämolyse und Agglutination beurteilt und kommt zu dem Schluß, daß wir durch den modernen aseptischen Apparat imstande sind, virulente Keime von der Wunde fernzuhalten.

Diskussion:

Herr **Liermann** (Dessau) empfiehlt seine Bolusmethode als einheitliche Desinfektion der Wunde und der Hände. Es ist hierdurch eine Keimfreiheit der Hände zu erzielen, die auch noch nach 3 Stunden nachweisbar war. Die Desinfektion mit Bolusseife dauert nur 2½ bis 3 Minuten.

Herr **Heyde** (Marburg): **Ueber aseptischen Gewebszerfall und seine Giftwirkung.**

Vortr. berichtet über Experimente, bei denen er durch Unterbindung von Arterien der Niere, des Netzes oder der Milz eine Nekrose dieser Organe hervorgerufen hat. Fügte er diesem Eingriff Erschütterung des Thorax oder des Kopfes hinzu, so ließen sich Erscheinungen nachweisen, die nur durch eine starke Giftigkeit der nekrotischen Organe zu erklären sind. Meist ist der Urin dieser Tiere stark toxisch, die Tiere sind schwerkrank usw. Die Stärke der Giftwirkung ist abhängig von der Menge des untergegangenen Gewebes. Auch am Menschen hat Vortr. Gelegenheit gehabt, ähnliche Untersuchungen zu machen. Weitere Tierexperimente bezogen sich auf die Schädigungen einer Niere durch die Nekrose der anderen Niere. Verlagerte Vortr. beide Nieren unter die Rückenhaut und wurde hierbei eine Niere gequetscht, so trat Oligurie ein, die jedoch nicht zustande kam, wenn keine Quetschung stattfand. Aehnliche Verhältnisse zeigten sich bei Verlagerung nur einer Niere und Quetschung der an normaler Stelle liegen bleibenden. Es traten alsdann schwere toxische Erscheinungen und Exitus ein.

Herr **Kleinschmidt** (Leipzig) hat **experimentelle Untersuchungen über Luftembolie** gemacht und bestätigt die Anschauung, daß der Tod bei Luftembolie durch Schädigung des rechten Ventrikels und des kleinen Kreislaufes zustande kommt. Als zweckmäßige Therapie empfiehlt er die Punktion des rechten Ventrikels. Bezüglich der Prophylaxe weist er auf die hohe Bedeutung der Lagerung und auf die Entstehung der Luftembolie hin. Denn bei Beckenhochlagerung wird der Druck in den Halsvenen positiv, während er bei sogenannter Fußlagerung (bei hochstehendem Kopf) negativ ist. Er empfiehlt daher bei den Operationen, bei denen möglicherweise Luft in die verletzten Venen aspiriert werden könnte, die Beckenhochlagerung anzuwenden.

Diskussion:

Herr **Meisel** (Konstanz) hat im Gegenteil gefunden, daß Kaninchen, die sehr empfindlich gegen die Luftaspiration sind, diese bei hochstehendem Kopf besser vertragen.

Herr **Tiegel** (Dortmund) weist darauf hin, daß bei Ueberdruckanwendung der sonst negative Blutdruck in den Hals- und Brustvenen positiv wird, und empfiehlt daher zur Vermeidung der Luftembolie in den Fällen, in denen eine solche möglicherweise zustande kommt, die Anwendung des Ueberdruckes.

Herr **Kuhn** (Cassel): **Hochdruckmassage, Dauermassage, künstliche Zirkulation als Prophylakticum gegen Thrombose, zur Behandlung von Frakturen, Gelenkerkrankungen und Stauungszuständen.**

Mit Hilfe besonders konstruierter, doppelwandiger, luftdichter Kleidungsstücke läßt Redner Luftdruck hoher Spannung (½—1 Atmosphäre) auf einzelne Körperteile wirken. Er ist auf diese Weise imstande, eine mächtige und dabei doch schonende Kompression auf die Organe auszuüben, die, falls es gewünscht wird, weit über die Blutleere hinausgeht, die andererseits, wenn sie rhythmisch unterbrochen erfolgt, eine sehr energische und doch schonende Massage darstellt.

Das Anwendungsgebiet für derartige Massagen ist ein vielseitiges. Vor allem sind solche Massagen ein Prophylakticum gegen Thrombosen nach chirurgischen und gynäkologischen Operationen.

Die physiologischen Wirkungen sind anästhesierende und resorbierende. Im Mittelpunkte stehen die resorptiv wirkenden und die die Zirkulation fördernden. Von diesem Standpunkte aus ist die Hochdruckmassage auch für viele interne Leiden indiziert.

Diskussion:

Herr **Bier** (Berlin) warnt vor Anwendung aller Mittel, die eine Beschleunigung des Blutstromes bei Thrombose zum Zwecke haben. Er hat bei Anwendung der Heißluftbehandlung selbst in späteren Stadien mehrfach Embolien gesehen.

Herr **Axhausen** (Berlin): **Ueber aseptische Knochen- und Knorpelnekrose, Osteochondritis dissecans und Arthritis deformans.**

Feststellung des Begriffes der aseptischen Knochennekrose. Ihre Bedeutung für die Knochenpathologie (Frakturheilung, Transplantation). Wirkung der aseptischen Knochennekrose; starker Anreiz zur Knochenbildung in den umgebenden, ossifikationsfähigen Organen, Umhüllung mit neuem Knochen und innerer Ersatz; daher räumliche Erhaltung. Angabe über Untersuchungen, die die Bedeutung der einfachen Knochennekrose für das Zustandekommen der Bilder der diffusen Knochensyphilis dartun.

Frage nach den Folgeerscheinungen der aseptischen Knorpelnekrose. Diese Frage ist wichtig, weil bei Arthritis deformans umschriebene Knorpelnekrose gefunden und weil bei Königs Osteochondritis dissecans Knorpelnekrose supponiert wird. Bericht über die Folgezustände der partiellen Knorpelnekrosen, die durch die Umnähung der Patella nach Wollenberg erzielt wurden. Hierbei werden der Arthritis deformans nahestehende Bilder erzielt. Hier aber liegen insofern unnatürliche Verhältnisse vor, als der unterliegende Knochen und das Mark ebenfalls nekrotisieren. Daher Studium unter natürlicheren Verhältnissen: Erzeugung umschriebener Knorpelnekrosen am unteren Femurende des Hundes mittels Umstechung umschriebener Partien mit der elektrolytischen Nadel. Bericht über die Ergebnisse: Die Wirkung der aseptischen Knorpelnekrose auf die Umgebung ist eine ganz andere wie am Knochen. Durch die Reaktion des Markes der subchondralen Knochenschicht wird die Nekrose eingehüllt, aber nicht ersetzt, sondern bleibt in diesem Zustande lange Zeit liegen, wie bei der Arthritis deformans oft beobachtet, oder es kommt in sehr vielen Fällen zu einer Lösung von der Umgebung, zur Dissektion. Dies ist ein experimenteller Beweis für die Existenz der Königschen Osteochondritis dissecans. Gleichzeitig führt die Reaktion des gesamten Gewebes zu Bildern, die denen bei der Arthritis deformans durchaus entsprechen. Es findet sich neben den umschriebenen Knorpelnekrosen: Hineinwuchern des chondroiden Gewebes in die Spongiosa, Knochenatrophie bis zur Ausbildung richtiger cystischer Hohlräume, daneben Sklerose und Eburnisation der gänzlich freigelegten Knochenfläche. Die histologische Uebereinstimmung ist so vollkommen, daß sie keine zufällige sein kann. Begründung der Theorie, daß auch bei Arthritis deformans multiple umschriebene oder flächenhafte partielle Nekrosen die Ursache der sich anschließenden Veränderung sind. Solche Nekrosen durch Trauma, durch milde Gelenkinfektion und durch Syphilis. Berücksichtigung der Erfahrungen bei der Gelenküberpflanzung. Bedeutung der Statik wird nicht geleugnet, sie ist wichtig für die Gestaltung der Gelenkenden, aber nicht die Ursache, die die Veränderungen am Knorpel hervorruft. Es erscheint fraglich, ob die im hohen Alter häufig gefundenen Knorpelveränderungen, wie bisher angenommen, mit Arthritis deformans zu tun haben, oder ob nicht vielmehr analog der Knochenatrophie Altersveränderungen vorliegen.

Diskussion:

Herr **Wollenberg** (Berlin) hat selbst bei Frühformen der Arthritis deformans keine Knorpelnekrosen gesehen.

Herr **Fritz König** (Marburg) weist darauf hin, daß die Osteochondritis dissecans eine klinisch und anatomisch scharf umgrenzte Erkrankung darstellt. Auch er hat schon früher als Ursache dieser Erkrankung die Nekrose des Knorpels erkannt, die nicht immer durch ein Trauma bedingt sein muß, sondern auch ohne ein solches durch Gefäßverschluß bedingt sein kann.

Herr **Müller** (Rostock) erkennt als Ursache der Erkrankung nur das Trauma an.

Herr **Heller** (Leipzig) hat Versuche über die Transplantationsfähigkeit der Knorpel gemacht und hat gefunden, daß der Intermediärknorpel nicht transplantabel ist, daß vielmehr meist eine Verkürzung der Extremitäten danach eintritt. Dagegen gelang es in einem Drittel der Fälle, den Gelenkknorpel zu transplantieren. In der Mehrzahl der Fälle jedoch degeneriert auch dieser Knorpel fibrös unter dem Bilde der Arthritis deformans.

Herr **Axhausen** (Berlin) hat bei seinen Experimenten die nämlichen Resultate erzielt, wie Herr Heller: der intermediäre Knorpel geht stets zugrunde, ein Resultat, wie es schon vor Heller Enderlen und Helferich erzielt haben.

Herr **Fritz König** (Marburg): **Ueber Implantation von Elfenbein zum Ersatz von Knochen und Gelenkenden.**

K. verwendet entgegen den Versuchen mit menschlichen Knochen- und Gelenkteilen gern das Elfenbein. Er hat zum Ersatz des exartikulierten Unterkiefers ein Elfenbeinmodell mit Roloff angegeben und demonstriert eine 69 jährige Patientin, bei der vor einem Jahre der linksseitig exartikulierte Unterkiefer durch Einheilung dieser Prothese ersetzt ist. Diese artikuliert mit dem einen Ende im Gelenk, mit dem anderen

ist sie mit dem Kiefer organisch fest verbunden. Es ist jetzt zum dritten Male gelungen, diese Schiene mit funktionellem und kosmetischem Erfolg einzuheilen.

K. hat danach auch versucht, den Oberarm in dieser Weise zu ersetzen. Tumor bei einem 17 jährigen Schüler, Exartikulation mit Resektion des Humerus in der Mitte, Ersatz durch ein Elfenbeinmodell. Der definitive Erfolg wurde zwar durch ein Tumorrezidiv vereitelt; jedoch gelang es, den 15 cm langen Elfenbeinhumerus mit einer gewissen Beweglichkeit der Schulter auf zwei Monate zur fistellosen Einheilung zu bringen.

Auf Grund seiner Erfahrungen hält K. die Verwendung von Elfenbein zum Knochen- und Gelenkersatz für berechtigt und stellt die Mitteilung weiterer Versuche in Aussicht.

Diskussion:

Herr **Vorschütz** (Cöln) demonstriert zwei Röntgenbilder von Fällen, bei denen nach Unterkieferresektion dieser mit Erfolg durch Knochen ersetzt worden ist.

Herr **Rehn** (Frankfurt a. M.) empfiehlt auf Grund seiner Erfahrungen Königs Vorschlag zur Verwendung von Elfenbeinstiften.

Auch Herr **v. Beck** (Karlsruhe) hat in einer größeren Anzahl von Fällen mit gutem Erfolg Elfenbeinstifte verwandt und bestätigt die Mitteilung Königs, daß der Elfenbeinstift so fest einheilt, daß er ihn in einem Falle, bei dem ein Rezidiv eintrat, mit dem Meißel entfernen mußte. In neuerer Zeit hat er mit dem gleichen Erfolge zur Ersetzung von Knochendefekten lebenden Knochen vermittelst Autoplastik benutzt.

Herr **Fritz König** weist in seinem Schlußwort darauf hin, daß bei Verwendung von Elfenbeinstiften nicht zu dünne Stifte benutzt werden dürfen. (Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Tuberkulose und Kindheit. Im Einverständnis mit dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt Großherzogtum Hessen gemeinverständlich dargestellt von San.-Rat Dr. **Sonnenberger** (Worms). Worms 1912, Kommissionsverlag von Heinrich Fischer, Rhein. Buchdruckerei. Preis 30 Pf., bei Bezug einer größeren Anzahl Exemplare Preisermäßigung.

Verf. erörtert zunächst Bedeutung, Wesen und Entstehung der Tuberkulose im allgemeinen; er bespricht darauf die zwischen Tuberkulose und Kindheit bestehenden Beziehungen, die Aetiologie und den Verlauf der Tuberkulose im Kindesalter, sowie die Kindheitstuberkulose als Ursache der Schwindsucht der Erwachsenen. Den Schluß bildet die Empfehlung von Maßnahmen zur Verhütung und Heilung der Kindheitstuberkulose. — Die Schrift kann Behörden, insbesondere Schulverwaltungen, Standesämtern, ferner Krankenkassen, Fürsorgestellen, Volksbildungsvereinen usw. zur Verteilung an ihre Schutzbefohlenen empfohlen werden. L.

Die Gicht und ihre Therapie mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. Von Prof. Dr. **A. Schittenhelm** (Erlangen) und Privatdozent Dr. **J. Schmid** (Breslau). Zweite, erweiterte Auflage. Samlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Bd. 2, H. 7. Halle a. S., Carl Marhold, Verlagsbuchhandlung. 66 S. 1,80 M.

Die vorliegende zweite Auflage dieser Schrift weist gegen die vor kaum Jahresfrist erschienene erste Auflage einen Zuwachs an Umfang um fast das Doppelte auf. Die meisten Abschnitte haben eine Erweiterung erfahren, verschiedene Kapitel sind neu hinzugekommen, beispielsweise eine kurze Darstellung der Bestimmung der Harnsäure im Blut und im Harn nach Krüger und Schmid, ferner eine Anleitung zur methodischen Untersuchung des Stoffwechsels nach Purinzufuhr. Eine besondere Vermehrung hat der die Behandlung der Gicht betreffende Teil der Arbeit erfahren. Während die erste Auflage sich auf die Besprechung der diätetischen Therapie der Gicht beschränkte, haben die Verfasser nunmehr auch die medikamentöse und physikalische Therapie ihrer Darstellung eingefügt. Gerade auf diesen beiden Gebieten wurde in den letzten Jahren von verschiedenen Forschern mit Eifer und Erfolg gearbeitet. Die medikamentöse Therapie hat — abgesehen von der Salzsäuretherapie nach Falkenstein, in dem Atophan eine wertvolle Bereicherung erfahren, während die physikalische Therapie in der Radiumbehandlung einen wichtigen Zuwachs erhalten hat. Alle diese Dinge sind in übersichtlicher Weise behandelt. So kann die Schrift, die auch die Pathologie der gichtischen Stoffwechselstörung auf Grund der neuen Forschungen sehr klar bespricht, allen Kollegen zum Studium empfohlen werden.

Ueber die Behandlung von Angiomen und Naevi speziell mittels Kohlensäureschnee. Von Dr. **Albert Salomon.** Berliner Klinik, Heft 284, Februar 1912. Berlin, Fischers med. Buchhandlung (H. Kornfeld). 18 S. 0,60 M.

Verf. bespricht auf Grund der Erfahrungen der Berliner chirurgischen Universitätsklinik die Methoden zur Behandlung der Angiome und Naevi. Es stehen uns auf diesem Gebiete eine Reihe von verschiedenen Methoden zur Verfügung, Exzision, Kohlensäureschnee, Alkoholinjektionen, Radium-, Röntgen- und Lichttherapie, Einführung von Magnesiumpfeilen, Anwendung der Glühhitze, endlich Zerstörung durch ätzende Substanzen (rauchende Salpetersäure etc.). Welche Methode man anwenden wird, hängt von den individuellen Verhältnissen des einzelnen Falles ab. In manchen Fällen kann man zweckmäßig zwei Methoden miteinander kombinieren. In der vorliegenden Arbeit geht Verf. besonders auf die Technik der Behandlung mit Kohlensäureschnee ein. Die Methode ist verhältnismäßig einfach, also auch in der allgemeinen Praxis anzuwenden, und steht bezüglich des kosmetischen Effekts in erster Reihe. In Bezug auf weitere Einzelheiten, die Indikationsstellung usw., sei auf die Arbeit selbst verwiesen.

Sadismus und Masochismus. Von Dr. **A. Eulenburg,** Geh. Med.-Rat und Professor in Berlin. Zweite, zum Teil umgearbeitete Auflage. Mit 6 Abbildungen im Text. Wiesbaden 1911, Verlag von J. F. Bergmann. 106 S.

Wer sich literarisch mit dem Thema der sexuellen Verirrungen der Menschheit beschäftigt, muß ein besonderes schriftstellerisches Talent besitzen, um die richtige Mitte zwischen gesucht trockener Nüchternheit und berechnet pikanter Darstellung zu treffen. Eulenburg gehört zu den wenigen Autoren, die über diese Kunst verfügen. Er versteht es, diese Fragen aus dem Gebiete der sexuellen Psychopathologie vom wissenschaftlichen Standpunkte des Arztes und Psychologen aus, dabei in literarisch vollendeter und für jeden Gebildeten verständlicher Form zu behandeln. Darum ist die Lektüre des vorliegenden Essays recht interessant, wenn auch die Dinge selbst, um die es sich hier handelt, nichts weniger als anziehend sind. Im Mittelpunkt der ganzen Darstellung stehen die biographischen Charakterschilderungen des Marquis de Sade und des Schriftstellers Leopold v. Sacher-Masoch, die als die typischen — nicht nur literarischen — Vertreter der beiden hier behandelten sexuellen Abweichungen gelten können. Beide Anomalien faßt Eulenburg unter der Bezeichnung „Algolagnie" zusammen. In geistvoller Weise legt er die physiologischen, psychologischen und anthropologischen Wurzeln der Algolagnie klar. Nahe verwandt mit der eigentlichen Algolagnie sind, wie der Verfasser zeigt, gewisse noch schlimmere Verirrungen (Lustmord, Messerattentate, Nekrophilie). Auch die aktive und passive Flagellation gehört hierher. Beachtenswert sind die zahlreichen Hinweise, die der in der klassischen wie der modernen und modernsten Literatur gleich belesene Autor über die Rolle des Sadismus und Masochismus in der Literatur gibt.

Geschichte der Medizin in Japan. Von Dr. med. **Y. Fujikawa.** Herausgegeben vom Kaiserlich-Japanischen Unterrichtsministerium. Tokyo 1911, C. C. Meinhold & Söhne, Dresden. 115 S.

Der vorliegende Abriß der Geschichte der Medizin in Japan wurde im Auftrage des japanischen Unterrichtsministeriums für die Dresdener Hygieneausstellung abgefaßt. Die Beziehungen der japanischen Medizin zur Heilkunde der europäischen Kulturvölker wurden in der Darstellung ganz besonders berücksichtigt. Wir erfahren, daß diese Beziehungen schon im 16. Jahrhundert begonnen haben, zuerst durch Portugiesen, später durch holländische Handelsniederlassungen vermittelt. Auf diesem Wege fand vor etwa 130 Jahren auch die deutsche Medizin Eingang in Japan, und zwar durch den anatomischen Atlas von J. A. Kulmus (Danzig 1725), der von japanischen Aerzten aus dem Holländischen übersetzt wurde, nachdem sie mit vieler Mühe die Kenntnis der holländischen Sprache sich angeeignet hatten. Später wurden noch mehr medizinische Schriften meist deutscher Autoren ins Japanische übersetzt, bis schließlich, wie allgemein bekannt, das Medizinstudium in Japan unter Mitwirkung von dorthin berufenen deutschen Aerzten und Forschern ganz nach deutschem Muster eingerichtet wurde. — Das kleine Werk gewährt einen interessanten Einblick in eine uns fremde Welt.

Leitfaden für den Hebammenunterricht. Auf Grund des Preußischen Hebammenlehrbuches für Aerzte, Medizinalbeamte, Hebammenlehrer und Hebammen zusammengestellt von Dr. **Friedrich Kirstein,** Assistenzarzt der Königl. Universitäts-Frauenklinik in Göttingen. Berlin 1912, Verlag von Julius Springer. 171 S. 2 M.

Verf. bezweckt mit diesem Leitfaden, das Wesentliche vom Inhalt des Preußischen Hebammenlehrbuches in möglichster Kürze und Uebersichtlichkeit zusammenzufassen, um den Hebammen die Vorbereitung für ihr Examen zu erleichtern. Gleichzeitig kann das Buch auch Hebammenlehrern als Hilfsmittel beim Unterricht und den Medizinalbeamten als Unterlage für die Prüfungen der Hebammen dienen. Diesen verschiedenen Zwecken entspricht das Buch in jeder Weise. Der Preis ist bei sehr guter Ausstattung des Buches so mäßig, daß sich der Leitfaden wohl bald Eingang in Hebammenkreisen verschaffen wird. R. L.

V. Feuilleton.

Eine Hautklinik vor 100 Jahren.

Aus dem Pariser Tagebuch von Dr. Carl Heinrich Alexander Pagenstecher (†1869).

Von

Dr. med. **Alexander Pagenstecher** (Braunschweig).

Unter den Tagebuchblättern meines Großvaters findet sich folgende interessante Notiz über den Besuch der Klinik des französischen Dermatologen Alibert im Jahre 1819.

Heute morgen fuhr ich mit P. in das Hôpital St. Louis und sah und hörte Alibert. Als wir ankamen, es war gegen 10 Uhr, saß schon Alibert unter seinen Zuhörern (ungefähr 30) in einer Art Schrank und verhörte die ambulatorischen Kranken. Sein Betragen ist das eines Franzosen, ein offenes, doch nicht geistreiches Gesicht, helle, freundliche Augen und ein etwas spöttischer Mund. Er unterhielt sich rasch und sehr bestimmt mit den Kranken und machte mit den Zuhörern Witze. Nach ¼ Stunde begann in demselben Zimmer, das nichts als ein großer Hausflur ist, die Vorlesung. Deutlich und einnehmend ist sein Vortrag; seine ganze Lehre hat etwas Bestimmtes und Klares, ohne jedoch in die Tiefe der Erscheinungen einzudringen. Sie ist das Produkt vieler und guter Erfahrungen. So sprach er von der Pathologie und so auch von der Therapie. Er unterhielt seine Zuhörer von der Heilung der Prurigo und von den Skrofeln. Wichtig ist nach ihm der Unterschied zwischen Scabies und Prurigo, die man bisher allgemein verwechselte. Erstere entsteht meist durch Unreinlichkeit, durch Ansteckung in jedem Alter und hat in den Gelenken ihren Sitz. Es bilden sich Pusteln, die oft mit Eiter gefüllt sind, einen chronischen Verlauf haben und spezifisch durch Schwefel, aber auch durch lokale Reizmittel, Aqua sublimati usw., geheilt worden. Dagegen entwickelt sich die Prurigo meist bei Leuten höherer Stände, die gut gelebt haben, in starken Likörs und Speisen zu viel taten. Sie zeigt sich in Gestalt kleiner Papillen, die nie Eiter enthalten, aber sehr heftig jucken und dadurch, wenn sie aufgekratzt wurden, eine seröse Flüssigkeit entleeren, welche nachher zu einer schwärzlichen Kruste verhärtet. Die Behandlung sei ganz von der der Krätze verschieden. Sie bestehe besonders in Regulierung und Umänderung der Diät, welche durchaus mild sein muß. Dieser Ausschlag zeigt sich nie in den Gelenken und an den unteren Gliedmaßen, sondern häufig zwischen den Schulterblättern, am Oberarm und an den Geschlechtsteilen: Penis und Klitoris, wo er — besonders verkannt — sehr verheerend wirkt und den Tod bewirken kann. Man gebe leichte Bouillon, ungesalzene Speisen, keinen Wein. Außerdem dienen örtlich bloß emollierende Mittel, Bäder von solchen Kräutern und besonders Schwefelbäder. Alle scharfen Sachen verschlimmern das Uebel außerordentlich.

Die Abhandlung über die Skrofeln war höchst notdürftig — durchaus nichts Pathologisch-physiologisches — nicht einmal eine Definition der Krankheit. Alibert unterschied jedoch die Skrofeln der phlegmatischen, armen Leute von denen der erhitzten reichen und gab ersteren nährende Speisen, Wein, Beafsteak usw., letzteren milde Diät. Spezifica seien die Merkurialia und Schwefel.

VI. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Soeben hat die Neubesetzung des preußischen **ärztlichen Ehrengerichtshofs** stattgefunden. Durch königlichen Erlaß wurden zu Mitgliedern ernannt die Geheimen Sanitätsräte Dr. Selberg und Dr. Paasch in Berlin; die Sanitätsräte Dr. Hans Laehr in Zehlendorf, Kreis Teltow, und Dr. Richard Schaeffer in Berlin-Schöneberg zu deren Stellvertretern auf die Dauer der gegenwärtigen Amtszeit des Aerztekammerausschusses. Von dem Aerztekammerausschusse sind zu Mitgliedern des Ehrengerichtshofes gewählt worden die Aerzte Geh. San.-Rat Dr. Hartmann in Hanau, Geh. San.-Rat Dr. Koerner in Breslau, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Loebker in Bochum und Sanitätsrat Dr. Rumpe in Crefeld und zu deren Stellvertretern die Aerzte Geh. San.-Rat Dr. Stoeter in Berlin, San.-Rat Dr. Herzau in Halle a. S., Geh. San.-Rat Dr. Heidenhain in Stettin und Geh. San.-Rat Dr. Brunk in Bromberg.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Halle a. S. Im Alter von 75 Jahren ist hierselbst der außerordentliche Professor der Neurologie und Psychiatrie Dr. Adolf Seeligmüller gestorben. Ein Schüler von Moritz Benedikt in Wien und Duchenne in Paris, hatte er sich 1876 in Halle habilitiert und war 1882 zum Professor extraordinarius befördert worden. Seeligmüller hat mehrere Lehrbücher verfaßt, in Gerhardts Handbuch die spinalen Lähmungen des Kindesalters monographisch dargestellt und als einer der ersten die Unfallkrankheiten vom Standpunkte des Neurologen bearbeitet.

Göttingen. Dr. A. Leber, bisher Privatdozent in Berlin, hat sich für Augenheilkunde habilitiert und ist gleichzeitig als Nachfolger Schiecks Oberarzt der Universitäts-Augenklinik geworden.

Hagen i. W. Der Privatdozent der inneren Medizin Dr. Oswald Baumgarten ist zum Oberarzt der inneren Abteilung des hiesigen Stadtkrankenhauses gewählt worden.

Frankfurt a. M. Der bekannte Mitarbeiter Ehrlichs Dr. J. Benario in Frankfurt a. M. ist zum wissenschaftlichen Mitglied des Instituts für experimentelle Therapie ernannt worden.

München. Im Alter von 78 Jahren starb Med.-Rat Dr. O. Zaubzer, früher Oberarzt am städtischen Krankenhause r. I.

Tübingen. An Stelle des in den Reichsdienst nach Südwestafrika berufenen Prof. Dr. Gmelin hat Prof. Dr. K. Bürker einen Lehrauftrag für allgemeine und spezielle Physiologie an der tierärztlichen Hochschule in Stuttgart erhalten. Prof. Bürker wird diesem Auftrage von hier aus nachkommen, also seine Dozentur in Tübingen beibehalten.

Straßburg i. E. Dem Privatdozenten der inneren Medizin Dr. v. Tabora ist der Professortitel verliehen worden.

Wien. Der Frauenarzt Dr. Leopold Thumim, ein früherer Assistent des Berliner Gynäkologen Leopold Landau, ist gestorben. Er hat sich besonders um die gynäkologische Urologie erhebliche Verdienste erworben.

Prag. In der vorigen Woche starb hierselbst der ordentliche Professor der speziellen Pathologie und Therapie an der deutschen Universität Hofrat Dr. Alfred Pribram im Alter von 71 Jahren. In Prag geboren, war der Verstorbene 1865 Sekundärarzt und klinischer Assistent am k. k. allgemeinen Krankenhaus in Prag geworden; nach Eintritt in die akademische Laufbahn wurde er 1873 außerordentlicher Professor und Leiter der medizinischen Poliklinik, 1881 ordentlicher Professor der speziellen Pathologie und Therapie und Direktor der 1. medizinischen Universitätsklinik. Von größeren Arbeiten Pribrams sind zu erwähnen seine Darstellung des Gelenkrheumatismus in Nothnagels „Handbuch der spez. Path. und Ther." und die „Grundzüge der Therapie", die 1907 in zweiter Auflage erschienen sind.

— Dr. Rudolf Eiselt hat sich an der tschechischen Universität für innere Medizin habilitiert.

Stockholm. Der Professor der Syphilidologie Dr. Magnus Möller ist gestorben.

Athen. Außer den in der vorigen Nummer aufgeführten deutschen Gelehrten sind noch der Ordinarius der Anatomie in Würzburg Prof. Dr. O. Schultze und der Professor der pathologischen Anatomie Dr. A. Weichselbaum in Wien von der hellenischen Universität zu Ehrendoktoren ernannt worden.

Boston. Der Professor der vergleichenden Anatomie Dr. Ch. S. Minot ist zum Austauschprofessor gewählt worden.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Hamburg. Geh. Hofrat Prof. Dr. Baelz in Stuttgart hat aus Gesundheitsrücksichten den Vorsitz der **Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft** niedergelegt. An seine Stelle ist der bisherige zweite Vorsitzende Med.-Rat Prof. Dr. Nocht (Hamburg) getreten, während Marine-Generalarzt Prof. Dr. Ruge zum zweiten Vorsitzenden gewählt wurde.

Meran. Der 7. **Kongreß der Balneologen Oesterreichs** wird in diesem Jahre hier in der Zeit vom 10. bis 13. Oktober stattfinden. Die anschließende Woche ist Ausflügen in die Bäder und Kurorte Südtirols gewidmet. Es besteht die Absicht, die Kurorte Gries, Levico und Arco aufzusuchen. Eine Gardaseefahrt bis Gardone, sowie einige Dolomitenfahrten werden das Programm vervollständigen.

Rom. Der kürzlich hier abgehaltene 7. **internationale Dermatologenkongreß** hat eine Kommission gewählt, um bei Gelegenheit des internationalen medizinischen Kongresses in London 1913 die Gründung einer internationalen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vorzubereiten. Wie es mit Erfolg für die Tuberkulose geschieht, so soll diese Gesellschaft die Hilfe der Regierungen anrufen, um den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten als Volksseuche wirksamer zu gestalten. Aus Deutschland wurden zu Mitgliedern der Kommission gewählt Prof. Lesser (Berlin), Prof. Wolff (Straßburg), San.-Rat O. Rosenthal (Berlin).

Gerichtliches.

Leipzig. Mit der Frage, ob es zu den Pflichten eines Arztes gehört, **vor einer Operation den Patienten auf alle möglichen Folgen des Eingriffs aufmerksam zu machen**, hatte sich kürzlich das Reichsgericht zu beschäftigen. Dem Rechtsstreit lag folgender Tatbestand zugrunde. Ein Bankbeamter B. hatte im äußeren Gehörgang zwei an und für sich harmlose Exostosen, die er von einem Spezialisten herausmeißeln ließ. Dabei blieb ein losgelöstes Knochenstückchen im äußeren Gehörgang vor dem Trommelfell liegen. Zur Entfernung des Knochensplitters war ein großer Eingriff nötig, der als unerwünschte Nebenwirkung Taubheit auf dem betreffenden Ohre und vorübergehende halbseitige Gesichtslähmung zur Folge hatte. Als der Arzt seine Liquidation präsentierte, verweigerte B. die Zahlung und wurde darauf auf Honorarzahlung verklagt. B. erhob Widerklage auf Schadenersatz im Betrage von 3000 M. und Feststellung, daß der Arzt verpflichtet sei, ihm allen weiteren Schaden zu ersetzen. Das Landgericht verurteilte den Patienten zur Honorarzahlung und wies ihn mit seiner Widerklage ab. Das preußische Kammergericht als nächste Instanz bewilligte dem Arzt nur 58 M. seiner Honorarforderung und verurteilte ihn zur Schadloshaltung des Patienten. Es ging dabei von der Erwägung aus, daß B., dessen Leiden nur ein unbedeutendes gewesen war, sich der Operation nicht unterzogen hätte, wenn er die eventuellen Nebenfolgen gekannt hätte. Auf diese ihn hinzuweisen, wäre des Arztes Pflicht gewesen. Außerdem seien die unbeabsichtigten Nebenverletzungen als Kunstfehler zu werten, für die der Arzt schon an sich zu haften habe. Auf die Revision des klagenden Arztes hob das Reichsgericht das Urteil des Kammergerichts auf und stellte das Urteil des Landgerichts wieder her. Das Reichsgericht stützte sich dabei auf die Gutachten der Sachverständigen, zweier Ohrenärzte von Weltruf, die in dem Verfahren des beklagten Arztes keine Fahrlässigkeit zu erblicken vermochten, und es führte ferner aus, daß der Arzt nicht verpflichtet sei, den Patienten auf alle möglichen nachteiligen Folgen einer Operation aufmerksam zu machen; dies widerspräche nicht nur der von den hervorragendsten Operateuren befolgten Uebung, sondern sei auch aus inneren Gründen abzuweisen.

— Ein vor einiger Zeit in Sachen des **Cölner Krankenkassenstreites** ergangenes Reichsgerichtsurteil ist jetzt bekannt geworden. Der dem Prozeß zugrunde liegende Tatbestand ist folgender: Eine Kommission des Cölner Krankenkassenverbandes hatte mit dem beklagten Arzt im März 1908 einen schriftlichen Vertrag abgeschlossen, durch welchen der Arzt für die 28 Kassen des Verbandes gegen ein Fixum von 6000 M. und bestimmte Zuschläge für die Zeit vom 1. Februar 1909 bis zum 31. Januar 1917 als Kassenarzt verpflichtet wurde. Schon am 15. September 1908 bat der Arzt schriftlich den Verband. er möchte ihn von dem Vertrag entbinden, widrigenfalls er selbst die eingegangene Verpflichtung als gelöst betrachten werde; seine Gründe seien lediglich privater und gesellschaftlicher Natur. Der Verband lehnte in zwei aufeinanderfolgenden Schreiben die Bitte des Beklagten entschieden ab und forderte gleichzeitig den Arzt zur Zurücknahme seiner Erklärung auf, erhielt aber von diesem keine Antwort. Der Verband erhob darauf Klage auf Erfüllung des Vertrages und Erstattung des ihm durch die Verweigerung der Vertragserfüllung entstehenden Schadens und der sonstigen Kosten. Das Landgericht hatte im Sinne der Klage erkannt, und das Reichsgericht hat am 29. November 1911 die Berufung des beklagten Arztes zurückgewiesen, indem es den Grundsatz aufstellte, daß ein „wichtiger Grund" zur Lösung des Vertragsverhältnisses zwischen einem Kassenarzt und einem Krankenkassenverband nicht gegeben ist, wenn der Arzt nachträglich die Ueberzeugung gewinnt, daß der Antritt des Dienstverhältnisses eine unehrenhafte Handlung sein würde, geeignet, ihn in den Augen seiner Berufsgenossen und in der Wertschätzung der Allgemeinheit herabzusetzen.

— Das Landgericht Verden hatte am 15. November v. J. den Handelsmann A. wegen **fahrlässiger Tötung** zu 3 Jahren Gefängnis verurteilt. A. befaßte sich seit längerer Zeit mit „Krankenbehandlung". Außer einer Mixtur, bestehend aus allerlei Kräutersäften, und einer Salbe, für die er das Rezept von seiner Mutter, einer Waldarbeiterin, hatte, wandte er als Heilmittel die „Besprechung" von Krankheiten an. So hatte er auch eine krebskranke Frau behandelt und dadurch, daß er ihr abriet, sich rechtzeitig an einen Arzt zu wenden, deren Tod verschuldet, weswegen die Anklage erhoben worden war. Die Revision des Angeklagten wurde am 12. d. M. vom Reichsgericht verworfen.

Verschiedenes.

Berlin. Aus Veranlassung des gegenwärtig in Berlin zur Verhandlung stehenden Prozesses gegen den Drogisten Scharmach und Genossen, die Urheber der bekannten **Massenvergiftungen durch Methylalkohol**, wurde von vielen Seiten, zum Teil auch seitens der geladenen Sachverständigen, die Behauptung aufgestellt, daß den Aerzten die hohe Giftigkeit des Methylalkohols bisher unbekannt gewesen sei. Diese Behauptung ist in dieser Allgemeinheit sicher unrichtig. Wir weisen u. a. darauf hin, daß der von der Redaktion der „Allg. Med. Centralztg." herausgegebene Medizinalkalender schon seit dem Jahrgang 1911 (erschienen Oktober 1910) in dem Abschnitt „Akute Vergiftungen" unter einem besonderen Stichwort den Methylalkohol aufführt. Es heißt dort: „Methylalkohol-Vergiftung kommt zustande infolge Verfälschung alkoholischer Getränke mit Methylalkohol. Tödliche Dosis ca. 30 g; 8 g vermögen schon dauernde Schädigungen zu erzeugen. Symptome: Uebelkeit, Erbrechen, Singultus, Kopfschmerzen, Sehstörungen. Bei Durchkommen des Patienten bleibt erhebliche Schädigung der Augen oder sogar Blindheit infolge von Netzhautatrophie (Schreibfehler statt Sehnervenatrophie, Red.) zurück."

— Durch königlichen Erlaß vom 16. März 1912 ist für die **Schwestern**, Hilfsschwestern und Helferinnen der Vereine und Mutterhäuser vom **Roten Kreuz** innerhalb des Bereichs der Preußischen Landesvereine vom Roten Kreuz und des Vaterländischen Frauenvereins in Preußen eine **Diensttracht** eingeführt worden. (Näheres siehe Ministerialblatt für Medizinalangelegenheiten, 1912, No. 15.)

— Durch Erlaß des Ministers des Innern vom 27. März 1912 sind der Polizeipräsident von Berlin und die Regierungspräsidenten angewiesen worden, wieder einmal vor dem Treiben des sogen. „Nervensanatorium Silvana" in Genf zu **warnen**, das, seinerzeit von einem Dr. Rumler gegründet, jetzt von einem Dr. Kaplan geleitet wird. Unter der Deckadresse „Verlag Aesculap" und „Sanitas", Genf, bringt das Institut neuerdings Inserate in deutschen Tageszeitungen.

— Durch Erlaß des Ministers des Innern vom 29. März 1912 wurden die Provinzialregierungen auf das Heft „**Tuberkulose-Ausstellung** Berlin-Wilmersdorf, Sammlung der auf der Ausstellung gehaltenen Vorträge", hingewiesen, auf das die in Betracht kommenden Behörden aufmerksam gemacht werden sollen. Das Heft ist im Verlage der „Wilmersdorfer Zeitung" (Berlin-Wilmersdorf, Uhlandstr. 102) erschienen (bei Abnahme von 100, 500, 1000, 10 000 Stück Preis des Heftes 35 bezw. 32, 30, 25, 20 Pf.).

— Ein überaus trauriger **Unglücksfall**, dem zwei Menschenleben zum Opfer fielen, ereignete sich in der vorigen Woche in der laryngo-rhinologischen Klinik der Charité. An einem 14 jährigen Knaben sollte eine Tonsillotomie (oder Adenotomie? Red.) unter Lokalanästhesie vorgenommen werden. Unglückseligerweise fiel die Schale mit der Novocainlösung, aus der der behandelnde Assistenzarzt die Spritze füllen wollte, um, und die assistierende, sonst als sehr gewissenhaft bekannte Schwester eilte in die erste Etage, um eine neue Lösung zu holen. Dort standen auf einem Regale Kokain- und Novocainlösungen, deutlich als solche bezeichnet, nebeneinander. In der Eile verwechselte die Schwester die Flaschen und nahm statt der ungiftigeren Novocainlösung die giftigere Kokainlösung, die sie auch nicht vorschriftsmäßig verdünnte. Unmittelbar nach der Einspritzung starb der Patient; sofort angestellte Wiederbelebungsversuche waren erfolglos. Als die Schwester erkannte, was sie durch die Arzneiverwechselung angerichtet hatte, machte sie mit derselben starken Kokainlösung, die den Tod des Patienten verursacht hatte, in einem unbewachten Augenblick ihrem Leben ein Ende.

Dortmund. Gegen einen der Führer der **Impfgegner**, den hiesigen Oberlehrer Mirus, ist nach der „Frankfurter Zeitung" wegen der Art seines agitatorischen Vorgehens ein Disziplinarverfahren eingeleitet worden.

VII. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Geh. San.-Rat Dr. Gerstein in Bochum.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: Marine-Generaloberarzt Prof. Dr. E. Martini in Rüstringen.

Prädikat Professor: Geh. San.-Rat Dr. Peretti in Düsseldorf, Privatdozent Dr. Burghart in Berlin.

Ernannt: B. Kühnlein in Heydekrug zum Kreisassistenzarzt in Bochum.

Niedergelassen: Stabsarzt Dr. H. W. R. Köhler in Kiel, Dr. C. Paulsen in Erfde, Dr. H. Storch in Verden, Dr. Degeler in Frankfurt a. M., Dr. v. Moser und K. Rocks in Cöln, Dr. Holstege in Flamersheim, Dr. B. Berliner in Schöneberg, Dr. G. K. H. H. Bonatz in Lichtenberg, Dr. W. Friedrich in Wilmersdorf, Dr. G. Katz in Charlottenburg, Dr. P. König und Dr. J. Kribben in Berlin, Dr. F. Lehmann in Schöneberg, Dr. E. Löwenstein in Rummelsburg, Dr. H. Rosenthal,

Dr. W. Schrader und Dr. F. Tändler in Charlottenburg.

Verzogen: Aerztin Dr. E. Taube von Buch nach Eberswalde, Dr. F. Lehmann von Franz. Buchholz nach Schöneberg, Dr. R. Dobbertin von Schöneuerg nach Oberschöneweide, Dr. P. Schelhas von Berlin nach Reinickendorf, Dr. M. Pieper von Berlin nach Pankow, Dr. H. Sieber von Stuttgart nach Pankow, L. Byczkowski von Karthaus nach Groß-Zünder, Aerztin Dr. E. Lucas von Marienburg nach Baden-Baden, Dr. Kögel von Böblingen nach Lippspringe, Dr. phil. Schwarz von Hüllhorst nach Sachsenberg, Dr. Cramer von Berlin nach Frankfurt a. M., Dr. Coester von Diez nach Hamburg, Dr. Rahlff von Katzenberg nach Oberreifenberg, Dr. Rozenraad von Homburg v. d. H., Dr. Wappenschmidt und Dr. Hindelang von Baden-Baden, Dr. Pordom von Dessau und Dr. Katzmann von München nach Wiesbaden, Dr. Wedekind von Wiesbaden nach München, Dr. Heusler von Hamburg nach Bonn, Dr. Staudigel von Nürnberg und Dr. Leonhard von Hetzerath nach Cöln, Dr. Hennes von Bonn nach Geilenkirchen, Dr. Wellmann von Cöln nach Mülheim a. R., Dr. Krabbel von Aachen, Dr. Schugt von El Paso und Dr. Weber von Hongkong nach Bonn, Dr. Wittmers von Hannover nach Cöln, B. Scheppelmanns von Hillescheid nach Dattenfeld, Dr. Meisen, Dr. Spitz und Dr. E. Wolf von Cöln nach Bochum bezw. Zürich bezw. Hamburg, Dr. Els von Cöln nach Bonn, Dr. Strahl von Hangelt nach Merzig, Dr. Walldorf von Baden-Baden nach Neunkirchen, Dr. Tritelvitz von Fenne nach Elversberg, Dr. K. Hokamp von Düsseldorf nach Wilhelmshagen, Dr. F. Henning von Teupitz nach Wilhelmshaven, Dr. K. R. Hoefft von Hamburg nach Teupitz, San.-Rat Dr. J. Kraner von Berlin nach Zehlendorf, Oberarzt Dr. Th. Nüssmann von Thorn nach Tempelhof, Dr. P. Mulzer von Magdeburg nach Friedenau, E. Ebinger von Vöhrenbach in Baden nach Strausberg, Dr. H. Busch von Halensee nach Spandau, Dr. B. Juch von Lautenthal nach St. Andreasberg, Prof. Dr. G. v. Bergmann und Dr. G. Katsch von Berlin nach Altona, Dr. A. Menke von Tondern nach Lehe, Dr. A. Weise von Sangerhausen nach Tondern, Dr. O. Berneker von Berlin nach Wilmersdorf, Dr. W. Brüning, Dr. P. Cohn und Dr. F. Fleischer von Berlin nach Charlottenburg, Dr. C. Eisenberg von Berlin nach München, Aerztin Dr. A. Herrmann von München nach Berlin, Dr. I. Kirschner von Berlin nach Schöneberg, Dr. A. Levy von Berlin nach Baumschulenweg, Dr. R. Maison von München nach Charlottenburg, Dr. A. Mallwitz von Dresden nach Berlin, Dr. N. Mayer von Schöneberg nach Charlottenburg, Dr. H. Mück von Mainz nach Berlin, Dr. M. Nathanson von Berlin nach Charlottenburg, Dr. O. Opp von Berlin nach Stuttgart, Dr. W. Rave von Berlin nach Charlottenburg, Dr. P. Rothe von Schöneberg und Dr. W. Ruhemann von Berlin nach Wilmersdorf, J. Schuhmacher von Dresden nach Berlin, Dr. A. Schwenk von Berlin nach Schöneberg, San.-Rat Dr. E. Singer von Wilmersdorf nach Charlottenburg, Dr. W. Thom von Schöneberg nach Berlin, Dr. F. Umber von Altona nach Charlottenburg, Dr. P. Zegla von Cöpenick nach Berlin, Dr. W. Heilhacker von Wiesbaden nach Crefeld, Dr. M. Barinbaum von Königsberg i. Pr., Dr. P. Blanke von Berlin, Dr. W. Gundermann von Kahla und Dr. B. Schüller von Würzburg nach Düsseldorf und Dr. O. Schafft von Sülfeld i. Holst. nach Essen a. Ruhr, Dr. H. J. Drodten von Meiningen nach Mülheim a. Ruhr, San.-Rat Dr. E. Heddäus von Essen nach Eisenach, M. Papendieck von Cranz nach Jena, Dr. M. Nippe von Dresden nach Königsberg i. Pr., H. W. Boese von Königsberg i. Pr. nach Bischofstein, Dr. E. A. Martin von Ahrweiler nach Pankow.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. G. Hodiesne und Dr. H. Wunderlich von Berlin, Dr. H. Drews von Weißensee auf Reisen als Schiffsarzt, Dr. H. J. A. Kasche von Strausberg, Dr. Bermann von Frankfurt a. M.

Gestorben: Dr. S. Hirsekorn in Wilmersdorf, Geh. San.-Rat Dr. E. Löhlein in Berlin, E. Bender in Elberfeld, Abteilungsvorsteher am Institut für Infektionskrankheiten in Berlin Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Dönitz, Kreisarzt Geh. Med.-Rat Dr. Tergast in Emden, Geh. Med.-Rat Dr. W. König in Dalldorf, Dr. H. Geissler in Teltow, Geh. Med.-Rat Dr. P. W. Jessen in Kiel, San.-Rat Dr. Wiefel in Mülheim a. Rh.

Bayern.

Auszeichnungen: Verdienstorden vom heiligen Michael 3. Kl.: Ober-Med.-Rat Dr. E. Bruglocher bei der Regierung von Mittelfranken.

Ernannt: Bez.-Arzt Dr. E. Miller in Ingolstadt zum Regierungs- und Med.-Rat bei der Regierung von Mittelfranken, Oberarzt Dr. F. Blachian in Werneck zum Direktor der 3. oberbayerischen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke bei Haar, Dr. F. Utz in Ansbach zum Oberarzt der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach.

Niedergelassen: K. Keinath in Burghausen, Dr. O. Wildner in Eschau, Bez.-Amt Obernburg, Dr. A. Winter in Grafing.

Versetzt: Bezirksärzte Dr. W. Raab von Schwabach nach Ansbach und Dr. A. Bergmann von Staffelstein nach Zusmarshausen.

Verzogen: Dr. P. Aumüller von Schweinfurt nach Würzburg, Dr. F. Dürig von Eichstätt nach Hammelburg (a. k. Bezirksarzt), Dr. J. Werner von Allersberg nach Eichstätt.

In den dauernden Ruhestand versetzt: Dr. J. Köhler, Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee, Ober.-Med.-Rat Dr. E. Bruglocher bei d. Regierung von Mittelfranken.

Gestorben: Dr. K. Maunz und Bezirksarzt a. D. Med.-Rat Dr. O. Zaubzer in München.

Württemberg.

Verzogen: Dr. E. Rüdiger von Freudenstadt nach Constanz, Dr. W. Kegel von Untertürkheim nach Freudenstadt.

Königreich Sachsen.

Verzogen: Generalarzt a. D. Dr. J. F. E. A. R. Schian in Olbersdorf.

Baden.

Ernannt: Dr. Kiefer in Emmendingen zum Bezirksarzt in Wolfach.

Niedergelassen: San.-Rat Dr. A. Linden in Freiburg, A. Zacherl in Haßmersheim, H. Jäger in Vöhrenbach, Dr. M. v. Homeyer, Militärassistenzarzt in Stockach, Dr. H. Pöschel in Kirchen.

Versetzt: Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Thomen von Wolfach nach Lörrach.

Verzogen: Militäroberarzt Dr. G. Decker von Stockach nach Lahr. San.-Rat Dr. J. Gilly von Grafenhausen nach Wolfskohlen bei Darmstadt.

Praxis hat aufgegeben: H. Müller in Nußloch.

Zurückgetreten: Schularzt Dr. Fr. Schinzinger in Freiburg.

In den Ruhestand getreten: Geh. Hofrat Prof. Dr. Schottelius, Direktor des Hygienischen Universitätsinstituts in Freiburg in Breisgau.

Gestorben: Med.-Rat Dr. A. Frey in Baden, Dr. Hirschfelder in Karlsruhe.

Großherzogtum Hessen.

In den Ruhestand getreten: Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Neidhart, vortragender Rat in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege in Hessen unter Verleihung des Komturkreuzes 2. Kl. des Verdienstordens Philipp des Großmütigen.

Sachsen-Weimar.

In den Ruhestand getreten: Wirkl. Geh. Rat Dr. Schultze in Jena als Mitglied der Medizinalkommission.

Mecklenburg-Schwerin.

Niedergelassen: Dr. Griewank in Sternberg.

Gestorben: Dr. G. Kruse, Assistenzarzt der Irrenanstalt Sachsenberg.

Mecklenburg-Strelitz.

Niedergelassen: Dr. Wenzel in Mirow.

Oldenburg.

Verzogen: Dr. Förster von Edewecht nach Hude und Dr. G. A. Stalling von Hude nach Heidkrug.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. F. S. Deutschmann in Hamburg.

Gestorben: Dr. H. L. Ph. Michaelsen in Hamburg.

(Ende des redaktionellen Teils.)

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang — Berlin, 11. Mai 1912 — No. 19

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

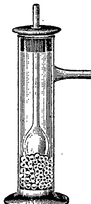
REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



81. Jahrgang **Berlin, 11. Mai 1912** **No. 19**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Dermatomykosen.

Von

Dr. med. et phil. **Friederich Kanngiesser** (Braunfels a. d. Lahn).

(Schluß.)

Aktinomykose.

Der Erreger der Aktinomykose ist ein 1877 von Bollinger entdeckter Pilz: Streptothrix bovis sive actinomyces. Er steht den Hyphomyceten wahrscheinlich näher als den Bakterien. Unter günstigen Bedingungen (speziell beim Menschen, weniger bei Tieren) bildet er mohnsamenkorngroße, gelblichweiße (bei Tieren sind graue, gelbe, gelbbraune, seltener schwärzliche Kolonien beobachtet worden) sog. Drusen. Zerquetscht man diese zur Diagnose wichtigen Körner, die man in den kranken Stellen findet, auf einem Objektträger, und beobachtet sie unter dem Mikroskop, so sieht man, daß sie aus einem Geflecht von Pilzfäden bestehen, die radiär in keulenförmige Verdickungen auslaufen. Der Pilz kommt auf Gramineen speziell an den Grannen und in den Luftkanälchen der Halme, vorzugsweise an Gerstenähren feuchter Standorte vor. Der Mensch akquiriert die Krankheit auf verschiedene Weise, teils durch die üble Angewohnheit Aehren in den Mund zu nehmen. Doch kann auch die Krankheit in mit dem Pilz verunreinigten Narben, um eingeschlossene Holzsplitter herum, durch Implantation infolge eines Hufschlages oder Pferdebisses, überhaupt infolge eines Trauma entstehen. Auch kann eine eingeschmolzene Aktinomyceskolonie durch ein Trauma zu neuer Proliferation angeregt werden. Auch durch Einatmen von mit Keimen vermengtem vegetabilischen Staub bei der Heuarbeit, beim Dreschen, kann Aktinomykose bedingt sein. Da wo sich das Leiden von der Analgegend aus entwickelt, ist anzunehmen, daß der Anus mit infizierten Grasbüscheln abgewischt wurde.

Der Pilz ruft außer Vereiterungen und Fisteln, Infiltrationen, Aktinomykomen, bretthárten oder weichwerdenden Geschwülsten und Metastasen im Körper, auch auf der Haut, sowohl sekundär wie primär — in letzterem Fall chirurgische Therapie von dauerndem Erfolg — Infiltrate, bläuliche Knollen, Absceße und fressende Geschwüre hervor. Seitdem Thomassen 1885 die interne Jodkalikur — täglich 2—10 g in steigenden Dosen bis zum Verschwinden der Symptome — inauguriert hat, hat die Krankheit bei Mensch und Tier manches von ihren Schrecken eingebüßt. Bei Jodismus Unterbrechung oder Herabsetzung der Tagesdosis. Evtl. chirurgische Intervention.

Der Pilz wird speziell durch sich in die Rachenschleimhaut einbohrende Gerstengrannen in das tierische Gewebe implantiert. Infektion durch die Haut ereignet sich meist nach Verletzungen derselben, speziell bei Pferden nach Kastrationswunden, die mit aktinomyceshaltigem Stroh in Berührung kamen. Nicht selten ist eine Infektion durch die Euteröffnung. Am meisten werden Rinder, speziell Jungvieh, von der Aktinomykose befallen. Sehr häufig ist die Erkrankung auf Zunge und Hals lokalisiert. Haut- und Unterhautaktinomykome, die schließlich fistulös durchbrechen, finden sich vornehmlich am Kieferwinkel, am Hals und an der Backe. Therapie: Operation oder Jodkalibehandlung: 4 g tägl. im Trinkwasser ca. 4 Wochen hindurch.

Der in Frankreich beobachtete Hautwurm der Rinder: Stränge und Knoten längs der oberflächlichen Venen der Innenflächen der Extremitäten, wird durch Streptothrix farcinica hervorgerufen. Therapie: Inzisionen. Die seltene Streptotrichose der Hunde macht u. a. chronische subkutane Abscesse.

Hemispora stellata, zur Gruppe der Oosporen gehörend — die auch nur als eine Unterabteilung von Aktinomyces betrachtet werden — ist der Erreger der Hemisporose: Osteitis im oberen Teile der Tibia, Schmerzen und Schwellung daselbst. Therapie operativ.

Monosporium apiosporum vermag eine geschwürige Fußaffektion hervorzurufen, die auf Jodkali nicht reagiert und Amputation erfordert. Die Monosporienkörperchen erscheinen bei schwacher Vergrößerung aktinomycesähnlich: sie liegen mitten im eitrigen Exsudat.

Eine gewisse Verwandtschaft zeigt, evtl. identisch mit der Aktinomykose, der sog. Madurafuß, der vornehmlich in Indien vorkommt. Der Fuß ist stark vergrößert, unförmig, höckerig und mit Cysten und Fistelgängen durchsetzt. Sein Kontrast zu dem auf Haut und Knochen abgemagerten Bein erleichtert die Diagnose. Im Endstadium erscheinen alle Gewebe unter der verdickten Haut des Fußes in eine zähe, gallertige Masse umgewandelt. Wie die Aktinomykose dürfte der Madurafuß einige Zeit nach infizierten Verletzungen entstehen und wird als Erreger ein pflanzlicher Parasit, der auf Mimosa- und Akaziendornen saprophytisch vorkommt, verantwortlich gemacht. In der Fistelflüssigkeit sind blasse oder schwarze pilzdrusenhaltige

Körperchen. Die Pilzdrusen bestehen aus zentralem Mycel, das peripher in radiär angeordnete keulen- oder prismenförmige Fäden endet. Der Erreger wird zur Klasse Streptothrix oder Oospora gezählt, die unter dem Namen Aktinomyces zusammengefaßt werden.

Sporotrichosis.

Sporotrichum Beurmanni. Dieser von Beurmann 1907 entdeckte Pilz, der aus feinen Fäden und sporenähnlichen Körnchen besteht, ist saprophytisch auf Pflanzen gefunden worden. Speziell nach Verletzungen mit Schwarzdornen (Prunus spinosa), vielleicht auch Rosendornen, ebenso nach Aufnahme per os soll Sporotrichon inokuliert werden können. Der Pilz — der in Nordamerika besonders verbreitet sein soll — ruft außer Osteitiden, Osteomyelitiden, Periostitiden und osteosarkomähnlichen, fluktuierenden Geschwülsten primären papillären Rachen-, Nasen- und Bindehautinfektionen, Kachexie, auch eine Hauterkrankung hervor. Sie tritt vornehmlich in Form der disseminierten Sporotrichose auf, bei der regellos zahlreiche, meist subkutane Knötchen — die nicht mit syphilitischen Gummata zu verwechseln sind — lymphogen oder hämatogen auftreten. Sie erreichen evtl. Haselnußgröße, sind rot, derb und nicht schmerzhaft. Sie können aufbrechen, Eiter entleeren und sich mit einer Kruste bedecken. Nach wiederholter Entfernung der Kruste kann ein zackiges Geschwür auftreten, von dem aus sich die lymphangitische Form der Sporotrichose entwickeln kann. In solchen roten Strähnen können wiederum Knoten auftreten, die dunkelrot sind, bis pflaumengroß werden und fluktuieren. Die Differentialdiagnose (speziell gegen Tuberkulose und Syphilis) wird gesichert durch das Gougerotsche Schnellverfahren: man läßt einen Tropfen des fraglichen Eiters an die Grenze des Agar im Reagenzglase herablaufen. Nach einigen Tagen schon (bei Zimmertemperatur) gewahrt man bei schwacher Vergrößerung deutliche Pilzfäden, nach ca. 3 Wochen Kulturen. Der Pilz wächst in dunkelbraunen bis schwarzvioletten Kulturen. Doch muß die Kultur schon vor der Jodkalitherapie angelegt sein, da bereits kleine Jodkalidosen den Pilz zerstören. Therapeutisch wird Jodkali innerlich in der Dosis von 2,6 g pro die gegeben. In hartnäckigen Fällen auch lokale Behandlung mit Jodwasser und Aetzung mit Jodtinktur. Man kann die offenen, stark eiternden Knoten mit Umschlägen von Jod-Jodkalilösung behandeln. Unter dieser Therapie geht die Heilung rasch vonstatten und ist die Prognose, auch der Knochen- und Gelenksporotrichose, eine durchaus günstige.

Eine Sporotrichose tritt auf Madagaskar bei Pferden und Maultieren auf. Anfangs derbe, später vereiternde Knoten am Körper. Im Eiter kolbig angeschwollene Pilzfäden und sporoide Körnchen (Sporotrichon equi).

Aehnlich wie die Sporotrichose verhält sich die von Bloch beschriebene Kladiose, die ebenfalls auf Jodkali reagierte. Erreger: Mastigocladium, so genannt wegen der peitschenartigen Fruchtträger.

Saccharomykose.

Hefepilze, Blastomyceten (Saccharomyceten), finden sich zuweilen zwischen den Haarschuppen, können am Kopfhaar auch eine pityriasisähnliche Erkrankung hervorrufen. Im Magen können durch sie anormale Fermentationsprozesse bedingt werden. Unter dem Namen Saccharomykose ist eine durch Hefepilze verursachte, unter dem Bild der Pyohämie verlaufende Krankheit beschrieben worden: eitrige Nekrose der Haut, Hornhaut, Knochen, Lungen, Niere und Milz. Die pathogenen Hefezellen finden sich teils außerhalb, teils in den durch sie zerstörten Zellen. Auch eine Blastomykosis glutealis fistulosa ist beobachtet worden. Bei Hautblastomykosis wird Thermotherapie mit gutem Erfolg empfohlen: zweimal täglich Auflegen eines Gummibeutels mit heißem Wasser (45°) ½ Stunde lang.

Die Lymphangioitis epizootica ist eine außerhalb Deutschlands beobachtete Erkrankung der Esel, Pferde und Rinder. In dem rahmartigen Eiter der Knoten und Geschwüre findet man bei 500facher Vergrößerung die glänzenden, etwas ovalen Hefezellen: Saccharomyces farciminosus, die sich durch Sprossung fortpflanzen.

Soor.

Oidium albicans ist der Erreger des Soors, einer Erkrankung der Schleimhaut des Mundes, des Rachens, der Speiseröhre, evtl. sogar des Magens und des Darms. Auch in der Vagina Schwangerer und an den Brustwarzen stillender Frauen ist der Pilz beobachtet worden. Ibrahim beschrieb jüngst sogar eine Soorerkrankung der Haut jüngster Säuglinge: die Soorpilze werden durch den Darm entleert und vermögen durch Auto- und Mischinfektion in der Dammgegend, an den Labien, an den Innenseiten der Oberschenkel, aber auch am unteren Abdomen kleine rote Papeln mit winzigen Eiterbläschen, die außer Kokken und Bacillen auch Soorgonidien enthalten, hervorzurufen. Die Erkrankung kommt unter Desquamation zur Heilung.

Auch bei Tieren, speziell in dumpfen, schlecht gelüfteten Ställen, kann sich die Stomatitis oïdica ausbreiten. Auch auf das Geflügel kann die Erkrankung übergehen. Oidium albicans macht auf der Schleimhaut des Mundes und des Schlundes grauweiße, später gelblich und bräunlich werdende Flecke. Der Pilz sitzt nur oberflächlich und schädigt meist nur die obersten Epithelschichten, ohne daß es zu einer eigentlichen Entzündung kommt.

Durch einen Soorpilz (?) wurden in einem von Reschad beschriebenen Fall bei einem Neger fluktuierende, eitrige Schwellungen zwischen Periost und Cutis an verschiedenen Stellen des Körpers hervorgerufen. Der Kranke wurde kachektisch. Nach Inzisionen Abheilung, doch Rezidive. Die auf Agar gezüchteten runden, glänzend weißen Kolonien zeigten ovale Hefezellen (Conidien?), aus denen später dicke Sproßmycelien herauswuchsen, die kürzere und längere Nebenäste bildeten.

Verletzungen mit Rosenstacheln führen besonders in regenreichen Jahren zu exanthematöser Schwellung und phlegmonösen Abszessen. Schuld daran sei vielleicht der Rosenmeltau: eine Oidiumart. Doch mag es sich zuweilen auch um Sporotrichose handeln. Bei einer Dame entstand nach einer Rosendornverletzung eine generalisierte, exfoliante Erythrodermie. Die Kulturen aus den Schuppen lieferten einen Pilz, der leider nicht bestimmt wurde.

Bei der Autopsie eines an einem Hirntumor Verstorbenen fand man im Hirn multiple bis nußgroße braune Knoten: in diesen zahlreiche Hyphomyceten vom Aussehen des Oidium.

Mucor: Köpfchenschimmel.

Beim Katarrh der Kieferhöhle der Tiere kann die Wandung mit Pilzkolonien z. B. einer Mucorart bedeckt sein. Auch in den Luftwegen hat man bei Tieren Mucorarten gesehen.

Bei der Autopsie eines an Darminvagination verstorbenen Menschen fand man auf einem Magenulcus eine zweimarkstückgroße, gelbgraupigmentierte Stelle mit verschieden gefärbten konzentrischen Ringen. Mikroskopisch fanden sich zahlreiche Pilzfäden — wahrscheinlich Mucor. Bemerkt sei, daß der Mucor racemosus auch einmal — wohl aber mit Unrecht — als Krebserreger angesprochen worden ist.

Auch im Tränensack sah man Schimmelpilzinfektion, ebenso konstatierte man Schimmelpilze (Soor, Hyphomyceten und Penicillium glaucum (Pinselschimmel, Gießkannenschimmel) im steril aufgefangenen Harn.

Aspergillus.

Der Aspergillus fumigatus, niger, flavus, nidulans und das Eurotium malignum kommen im äußeren Gehörgang auf eingeträufeltem Oel, Glyzerin und auf eingetrocknetem Sekret vor. Nach Verletzungen können sie in das Rete Malpighi vordringen und eine Entzündung des äußeren Gehörgangs, sogar des Trommelfells hervorrufen. Die Erkrankung wird für gewöhnlich als Otitis externa aspergillina bezeichnet. Der Aspergilluspilz kann auch in der Nase, der Highmoreshöhle und in der Lunge auftreten. Taubenzüchter werden zuweilen von Aspergillusmykosen befallen, einmal wurde sogar eine richtige Metastase beobachtet. Auf der Hornhaut kann der Aspergillus fumigatus, meist nach Fremdkörperverletzungen, die sog. Keratomykosis aspergillina bedingen.

Bei Hunden ist Aspergillus in der Nase beobachtet worden. Beim Geflügel, speziell unter Tauben, ist die Aspergillusmykose sehr verbreitet: übelriechende, gelbkrustige Hautmykose, Bauchfellentzündung, Lungenleiden, kachektischer Marasmus.

Mal(adie) du Frien.

Die „Frienite“ ist eine Erkrankung, die speziell im südlichen Frankreich vorkommt. Mit dem provenzalischen Namen Frien bezeichnet man den Sporenstaub von Pilzen, die auf Arundo Donax: dem Schalmeienrohr, hauptsächlich zwischen Blattscheide und Stengel gedeihen. Der Sporenstaub ruft bei denen, die das Schilfrohr (zu Matratzen, zu Dächern usw.) verarbeiten, eine Hautentzündung hervor. Vornehmlich kommt der Staub von Ustilago hypodites, der am provenzalischen Schilfrohr schwärzliche Flecke hervorruft, in Betracht. Lagert das Schilf längere Zeit vor der Bearbeitung, so entwickeln sich auf demselben schmutzigweißliche Flecke, deren Sporenstaub bei der Beschälung die gleiche Dermatose hervorruft. Außer Ustilago hypodites sind u. a. die Fadenpilze Sporotrichum dermatodes, Dendrochium microsorum und Helminthosporium donacium als Erreger der Krankheit angesprochen worden.

Die Frienite, die einige oder mehrere Stunden nach der Arbeit ausbricht, äußert sich vornehmlich in einem juckenden, brennenden, erysipelatösen Ausschlag, speziell im Gesicht und an den Genitalien. Im Gesicht: heftig tränende, entzündete Augen, Entzündung des Nasenausgangs und Schwellung der Lippen. Weißliche Plaques in der entzündeten Mundhöhle. Auf die männlichen Genitalien wird der Sporenstaub meist durch Kontakt mit den Fingern übertragen: es stellen sich zunächst schmerzhaft werdende Erektionen ein, alsdann Rötung, voluminöse Schwellung und Phimosis. Bei den Frauen kommt es entweder durch direktes Anfliegen des Staubs oder nachweislich durch Coitus mit diesbezüglich erkrankten Männern zu Pruritus vulvae, Schwellung der Schamlippen, aufsteigende Entzündung bis in den Uterus und die Blase: Hämaturie und Ischurie. Auf der geröteten Haut können Pusteln mit serösem oder sanguinolentem Inhalt entstehen, die aufbrechen und Erosionen zurücklassen. Hautgangrän mit tötlichem Ausgang ist beobachtet worden. Sonst stets Heilung unter Desquamation, spätestens in 2 Wochen. Von Allgemeinsymptomen seien noch genannt: wahrscheinlich durch Einatmen des Sporenstaubs Schmerzen und Schwere im Kopf, Husten und Dyspnoe, Fieber und Magenbeschwerden, Erbrechen, Obstipation. Therapie: Kühlung mit in kaltes Wasser getauchten Wattebauschen.

Auch bei Pferden, Eseln, Hunden und Katzen ist die Krankheit beobachtet worden, wo sie ähnliche Symptome, speziell an den Sexualorganen, ausgelöst hat.

Eine der Frienite ähnliche Erkrankung kann durch Staubwolken von Leptothricum glaucum, das auf Rhus coriaria vorkommt, hervorgerufen werden.

Sporeninfluenza?

Wahrscheinlich durch Puccinia oder Ustilago, Rost oder Brandpilzsporen wird in gewissen Sommern bei Heu- und Getreidearbeitern, die ihr Brot im Feld verzehren, eine influenzaähnliche Erkrankung verursacht: die Leute werden von derselben meist plötzlich während der Arbeit überrascht: heftige Stirnkopfschmerzen, Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen, Schmerzen in der Magengegend und in allen Gliedern, Zunge belegt, Magen druckempfindlich, Nasenbluten, Puls beschleunigt. Dauer der Krankheit ca. 2 Wochen. Noch in der Genesung kann motorische Unruhe und Unorientiertheit auftreten (Schleglmann).

Durch mit Brandpilzen befallenes Futter wird bei Tieren Speichelfluß, Magen-Darmentzündung, Taumeln und Lähmung verursacht. Durch rostpilzhaltiges Futter: Nesselausschlag, Entzündung der Bindehaut und Mundhöhle, Kolik, blutiger Durchfall, Hämaturie, Somnolenz, Lähmungen.

Literaturnachweis.

E. Lesser: Hautkrankheiten, Leipzig 1908.
B. Bloch: Die Trichophytien und verwandte Pilzerkrankungen der Haut Korrespondenz-Blatt für Schweizer Aerzte, 1912, No. 1.
R. Blitz: Hautmikrosporie. Dissertation, Berlin 1909.
C. Bruhns: Neuere Anschauungen und Erfahrungen über Trichophytieerkrankungen. Berliner klin. Wochenschr., 1910, No. 18.
J. Ibrahim: Ueber eine Soormykose der Haut im frühen Säuglingsalter. Archiv für Kinderheilkunde, Bd. LV, H. 1/2.
F. Luithlen: Alopecie und Defluvium. Med. Klinik, 1912, No. 9.
B. Scheube: Die Krankheiten der warmen Länder. Jena 1910.
F. Hutyra und J. Marek: Spezielle Pathologie und Therapie der Haustiere. 2 Bde. Jena 1910.
Ph. Bretin: De l'Origine végétale de certaines Dermatites. Lyon 1909.
H. Treyve: Accidents professionnels chez les Horticulteurs. Paris 1910.
A. Schleglmann: Febris gastrica. Münch. med. Wochenschr., 1911, pg. 299 und 1083.
Reschad-Bey: Eine Allgemeininfektion durch einen Soorpilz. Medizinische Klinik, 1911, No. 45.
Miquel: Note sur une Maladie non encore décrite, communiquée à l'homme par la canne de Provence. Bull. gen. de Therap. med. et chirur., Juni 1845.
Die bekannten Lehrbücher von Ziegler, Jürgensen, Lewin-Pouchet und Schmidt-Friedheim. Garrè: Handbuch der gesamten Therapie, 1909, Bd. I.
Referate aus der Medizinischen Klinik, 1911, von Posselt, Sabouraud und Cohn. 1912 von Altmann, Chajes, Ofenheim und Skoff.
Referate aus der Münch. med. Wochenschr., 1909, über Arbeiten resp. Vorträge von Adamson, de Beurmann, Bloch, Cooper, Cranston-Low, Delbanco, Dobson, Gougerot, Hocke, R. Hoffmann, Kissling, König, Kren Löwenstein, Macleod, R. Maier, Nieuwenhuis, Piffl, Plaut, Schramek, Schottmüller, Vasilecu und Wossidlo; 1910: Caraven, Gougerot, E. Hoffmann, Kartulis, Morax, Raebiger, Riese, Rodler, Schramek, Stein, Urbantschitsch; 1911: Adamson, Beneke, Castellani, Cranston-Low, Curcio, Haenich, Hall, Leibkind, Nasske, Petersen, Vivaldi; 1912: Banti, de Jager und Radaeli.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Prof. Dr. **A. Dietrich** (Charlottenburg): **Leitsätze für Diphtheriebekämpfung.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

Wir müssen ausgehen von der Erkenntnis, daß die Diphtherie vorwiegend von Mensch zu Mensch übertragen wird, und zwar, abgesehen von dem Erkrankten selbst, durch Dauerausscheider oder Bacillenträger, d. h. Personen, die entweder erkrankt waren oder die, ohne selbst wesentlich zu erkranken, die Bacillen von Erkrankten aufgenommen haben. Dagegen kommt die Uebertragung durch leblose Gegenstände nur wenig in Frage. Diphtheriebacillen finden sich nicht, wie früher geglaubt wurde, ubiquitär bei beliebigen Gesunden, sondern Bacillenträger stehen stets in Zusammenhang mit Diphtherieerkrankungen, und zwar überwiegen nach Verfassers Beobachtungen die Dauerausscheider wesentlich über die nicht erkrankten Bacillenträger im engeren Sinne. Eine Uebertragung von ihnen aus erfolgt aber nicht bei flüchtigem Umgang, sondern nur in innigerem Verkehr. Der Ausbruch der Erkrankung ist nach erfolgter Bacillenaufnahme noch von Faktoren abhängig, die wir nicht völlig kennen. Alle Maßregeln gegen die Diphtherie müssen auf die Verhinderung einer Verbreitung der Keime durch Bacillenträger hinstreben. In diesem Sinne wirkt die gesetzlich geforderte Absonderung des Kranken, doch ist sie unvollkommen, wenn sie nicht durch bakteriologische Untersuchung kontrolliert wird. Der Genesende darf vielmehr erst dann wieder in den freien Verkehr entlassen werden, wenn er bei mindestens zweimaliger Untersuchung frei von Bacillen befunden ist. Ebenso darf das Pflegepersonal nur nach bakteriologischer Kontrolle wieder zu anderer Tätigkeit zugelassen werden.

Die Behandlung der Bacillenträger ist der vornehmste Punkt, dem sich alle Aufmerksamkeit der medizinischen Forschung zuwenden sollte. Eine Krankenhausbehandlung ist meist nicht möglich und angängig und die häusliche Isolierung ist auf die Dauer kaum durchführbar. Nur in einem Falle sind wir in der Lage, auf die Fernhaltung und Behandlung der Bacillenträger energischer einzuwirken, bei der Diphtheriebekämpfung in den Schulen. Die Schulbehörden haben nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, alle Maßnahmen zu treffen, die der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schule entgegenwirken. Nun ist es außer der Familie und dem häuslichen Verkehr die Schule, die besonders günstige Bedingungen für die Weiterverbreitung der Diphtherie bietet. Eine Hausinfektion kann durch Dauerausscheider zur Schulepidemie führen.

Kr.

Oberstabsarzt Dr. **Hochstetter** (Stuttgart): **Ueber die Heilbarkeit der tuberkulösen Hirnhautentzündung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 12.)

Daß die tuberkulöse Meningitis heilbar ist, wurde früher bezweifelt, ist aber durch neuere Fälle erwiesen, in denen bei den Kranken Tuberkelbacillen mikroskopisch oder kulturell oder durch Tierversuch nachgewiesen wurden. Auch finden sich in der neueren Literatur einige Fälle, in denen längere Zeit nach überstandener tuberkulöser Meningitis diese noch nachträglich durch die Autopsie nachgewiesen werden konnte. Verf. ist in der Lage, diesen immerhin spärlichen Fällen einen neuen Fall hinzuzufügen. Es handelte sich um einen 21 Jahre alten Grenadier, der im Alter von 17 Jahren schon einmal wegen Erscheinungen von Hirnhautentzündung in Behandlung gestanden hatte. Er erkrankte jetzt wieder unter den Symptomen einer Hirnhautentzündung. Die Erkrankung gestaltete

sich sehr schwer, mit Lähmungserscheinungen und langdauernder Trübung des Bewußtseins; jedoch konnte der Patient nach etwa halbjähriger Behandlung geheilt entlassen werden. Die tuberkulöse Natur der Erkrankung wurde durch den mikroskopischen Nachweis vereinzelter Tuberkelbacillen in der durch Lumbalpunktion gewonnenen Cerebrospinalflüssigkeit erwiesen. Tierversuche fielen allerdings negativ aus, wie Verf. annimmt, weil die Tuberkelbacillen in der Flüssigkeit nur spärlich vorhanden waren. Therapeutisch schien die mehrfach wiederholte Lumbalpunktion von Nutzen zu sein, sie führte jedesmal wesentliche Besserung herbei; ferner wurden protrahierte lauwarme Bäder angewendet.

Hofrat Dr. **Friedrich Crämer** (München): **Coecum mobile und chronische Appendicitis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 12—13.)

Die chronisch entzündlichen Prozesse, welche sich in der Blinddarmgegend abspielen, werden fast immer auf den Wurmfortsatz bezogen und es wurde vielfach in derartigen Fällen die Appendektomie gemacht. Dabei fanden sich an der exstirpierten Appendix häufig keine oder nur sehr geringfügige Veränderungen und die Beschwerden hörten dann nach der Operation nicht auf. Es wurde nun von Wilms u. a. das Krankheitsbild des Coecum mobile aufgestellt, um die Beschwerden zu erklären, Wilms hat sogar diesen Zustand der Beweglichkeit des Coecums auf operativem Wege zu beseitigen gesucht. Verf. verwirft diese Auffassung durchaus. Das gesunde, bewegliche Coecum an sich ist, wie er betont, keine Krankheit, es bedarf keiner Behandlung, ebensowenig wie die bewegliche Niere, wenn sie nicht sehr hohe Grade erreicht. Auch Sonnenburg hat auf dem letzten Chirurgenkongreß gegen das Coecum mobile als Krankheit Stellung genommen, er ist sogar der Meinung, daß die stärkere Beweglichkeit des Coecums für seinen Träger ein Vorteil ist, daß Fixation und Adhäsionen des Coecums zu Beschwerden führen müssen. Auch die Auffassung Fischlers, der von einer Typhlatonie spricht, hält Verf. für falsch. Ein Krankheitszustand besteht nur dann, wenn infolge Zersetzung stagnierender Kotmassen allmählich eine chronische Entzündung des Blinddarms, eine Typhlitis sich entwickelt hat. Die Hauptsymptome der chronischen Typhlitis sind Störungen der Dickdarmfunktion, Verstopfung oder abwechselnd Verstopfung und Durchfall, Schmerzen in der Ileocoecalgegend und zwar spontan sowohl wie bei Druck, die sich nicht auf den Mac Burneyschen Punkt beschränken, sondern das ganze Coecum und das Colon ascendens betreffen. Intermittierende Koliken (ohne Fieber oder subfebrile) sind in einzelnen Fällen vorherrschend. Nicht selten bestehen gleichzeitig dyspeptische Erscheinungen. In manchen Fällen kann man das Coecum und Ascendens als tumorartige Resistenz fühlen. — Vielfach besteht in dem Darminhalt starke Gasentwicklung. Die Gärungsprobe fällt häufig positiv aus. Mikroskopisch finden sich in den Stühlen meist reichliche Pflanzenreste, Cellulose. Die Stühle sollten nach jeder Richtung hin, auch auf okkulte Blutungen, genau untersucht werden. Nur nach längerer Beobachtung, wenn alle diagnostischen Hilfsmittel benutzt werden, ist die Diagnose zu stellen. Was die Behandlung anlangt, so kommen nur ausnahmsweise chirurgische Eingriffe in Frage, wenn es sich um sehr starke Verwachsungen, oder um Torsion, Abknickung, handelt. Im allgemeinen aber muß die Therapie eine interne sein. Sie hat folgende Aufgaben zu lösen: Beseitigung des Katarrhs, der Stagnation, der Zersetzung, Umwandlung der Darmflora, Beseitigung der lokalen Entzündung der Darmwandungen und Regelung des Stuhles. Das kann erreicht werden durch entsprechende Diät, Desinfektion von oben und unten, Evakuation ohne Darmreiz, Bettruhe, Prießnitz, später lokale Massage, Vibration, elektrischer Strom. Die Diät soll eine leichte, gemischte sein; Obst ist in jeder Form zu verbieten. Zur inneren Desinfektion des Darmes empfiehlt Verf. Geloduratkapseln mit Ammon. sulfoichthyolicum und Menthol, oder Guajacol. usw., ferner Ichthalbin, sowie Napthalin in keratinierten Pillen. Desinfektion von unten geschieht am besten mit sehr warmen (42—45° C.) Thymoleinläufen (1:1000), die lange zurückgehalten werden müssen. Nützlich sind gegen den Katarrh (abgesehen von der Diät) die Kochsalzquellen (Homburg, Wiesbaden, Kissingen). R. L.

Chirurgie.

Dr. **Tschmarke** (Magdeburg): **Die allgemeine eitrige Peritonitis und ihre Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Appendicitis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 13.)

Verf. bespricht die Pathogenese, Diagnose und Therapie der diffusen eitrigen Peritonitis, die in der Mehrzahl der Fälle im Anschluß an die Perforation der eitrigen Appendix ausbricht, seltener in dem Durchbruch eines Magen- oder Typhusgeschwürs, einer perforierenden Verletzung des Bauches, in einer Darmeinklemmung etc. ihre Ursache hat. Wesentlich neue Gesichtspunkte finden sich in der Arbeit kaum, so daß ein eingehenderes Referat sich erübrigt. Verf. selbst hat im ganzen 33 Fälle von eitriger diffuser Bauchfellentzündung beobachtet. 28 von diesen waren auf Appendicitis zurückzuführen. Drei davon wurden nicht mehr operiert, da sie bereits moribund eingeliefert wurden. 25 Fälle wurden operiert, 16 davon sind geheilt, 9 gestorben, d. i. eine Mortalität von 36 pCt. — In den 5 übrigen Fällen lagen der Peritonitis verschiedene andere Ursachen zugrunde. Bei der Behandlung macht Verf. nach Eröffnung der Bauchhöhle Ausspülungen mit warmer Kochsalzlösung; der kranke Wurmfortsatz wird, wenn irgend möglich, entfernt; dann wird das Bauchfell mit Knopfnähten bis auf die Oeffnungen für die Röhren geschlossen. Von einer Naht der Muskeln, der Fascie und der Haut nimmt Verf. meist Abstand, da doch häufig Infektion eintritt und die Naht nach einigen Tagen wieder gelöst werden muß. Man kann evtl. später die Bauchdecken durch Sekundärnaht vereinigen. Was die Dauer des Heilungsprozesses anlangt, so lag die Dauer der klinischen Behandlung zwischen 30 und 97 Tagen; der Durchschnitt betrug 48 Tage. Rechnet man die drei langwierigsten Fälle ab, so konnten die übrigen nach 30—42 Tagen entlassen werden. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf den Gebieten der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **Artur Schmitt** (Würzburg): **Klinische Erfahrungen mit dem Schindlerschen Joha.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 13.)

Verf. berichtet über die Erfahrungen, welche in der Würzburger dermatologischen Universitätsklinik mit dem von C. Schindler angegebenen Salvarsanpräparat „Joha" gemacht wurden. Es ist dies eine zur intramuskulären Injektion bestimmte Emulsion von Salvarsan in Jodipin und Lanolin. anhydric., die von Dr. Kade, Oranienapotheke, Berlin, in zugeschmolzenen Röhrchen in den Handel gebracht wird. Es werden verschiedene Einzeldosen abgegeben, und zwar Röhrchen mit 0,4 und 0,6 Salvarsan in 40 proz., mit 0,1 und 0,2 in 10- resp. 20 proz. und 0,02 in 4 proz. Mischung. Die Technik der Anwendung ist sehr einfach. Das in kochend heißes Wasser zur Dünnflüssigkeit gebrachte Joha wird mit genügend weiter Kanüle in die Injektionsspritze aspiriert, eine zweite an der Außenseite peinlichst vor Benetzung mit Joha zu schützende Kanüle aufgesetzt und die Mischung an einem mit Jodtinktur markierten Punkt in der Regio coxae des Glutaeus medius injiziert. Der Punkt muß in oder lateral von der Sagittalebene liegen, welche man sich durch den lateralen Endpunkt der Plica glutaealis gelegt denkt und zwar 1½ bis 2 Querfinger breit unterhalb der Crista iliaca. Die zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln sind dieselben wie bei der intramuskulären Injektion unlöslicher Quecksilberpräparate. Um wirklich, auch bei fetten Personen, in den Glutaeus medicus zu gelangen, muß man nach Verf. Kanülen von hinreichender Länge benutzen, dagegen brauchen die Kanülen bei der feinen Verreibung und der durch Erwärmen erreichbaren Dünnflüssigkeit des Präparats nicht weit zu sein. Bei sorgfältiger Befolgung aller dieser Vorschriften kann man dauernde Schädigungen des Patienten vermeiden; die Johainjektion hat dann nur mäßige und vorübergehende Beschwerden zur Folge (kleine Infiltrate, die sich meist unter feuchten Verbänden zurückbilden). Bei zuverlässiger intramuskulärer Injektion dürften nach Verf. auch die Infiltrate fortbleiben. Temperaturerhöhungen traten nur selten ein, und zwar auf höchstens 38,2°. Durch besondere Beobachtungen wurde festgestellt, daß das Präparat sehr lange (bis zu 6 Monaten) haltbar und auch tropenfest ist. Verf. empfiehlt die Anwendung der intramuskulären Johainjektion für alle Fälle, in denen aus irgendwelchen Gründen die intravenöse Zuführung des Salvarsans nicht angebracht ist, ferner für die nicht immer günstigen Bedingungen der allgemeinen Praxis. Die Wirkung des Joha entspricht nach Verf. im großen und ganzen der einer kleineren, intravenös injizierten Salvarsandosis, sie tritt allerdings etwas verzögert ein. Immerhin ist nach Verf. die Kombination der Johaanwendung mit der von Quecksilber zur Bekämpfung der floriden Erscheinungen, zur Vermeidung frühzeitiger Rezidive und vielleicht zur frühzeitigen Heilung der Syphilis ratsam, während das Joha allein nur in seltenen Fällen ausreichend sein dürfte. R. L.

Dr. **Curt Kayser**, Assistenzarzt der Med. Universitäts-Poliklinik in Straßburg i. E.: **Die Behandlung des Asthma bronchiale und verwandter Zustände mit Calciumsalzen.** (Therap. Monatshefte, März 1912.)

Von einem brauchbaren Asthmamittel ist zu fordern, daß es vor allem prophylaktisch wirksam ist. Zu diesem Zwecke müßte es diejenigen Faktoren beeinflussen, die nach dem Stande unserer heutigen Kenntnisse für die Entstehung des Asthma bronchiale in Frage kommen. Von den zahlreichen Theorien über die Genese des Asthma bronchiale hat die Anschauung, daß das Wesen der Krankheit in einem Spasmus der Bronchialmuskulatur zu sehen ist, als die wahrscheinlichste

Hypothese nahezu allgemeine Anerkennung gefunden. Daneben ist nur noch die Deutung des Asthma als einer Sekretionsneurose bezw. einer Art Urticaria der Bronchialschleimhaut zu erwähnen. Beide Auffassungen können sehr wohl auf dieselbe Grundveränderung zurückgeführt werden. Ein Asthmaprophylakticum müßte demnach die Erregbarkeit des betreffenden Nervengebietes herabzusetzen imstande sein bezw. urticarielle Zustände zu beeinflussen vermögen. Eine solche Wirkung könnte nach Verf. den Calciumsalzen zukommen. Vor einigen Jahren konnte Jacques Loeb gelegentlich seiner Studien über die Einwirkung verschieden konzentrierter Salzlösungen auf niedere Meeresorganismen zeigen, daß die Calciumionen eine Herabsetzung der Erregbarkeit des Nervensystems hervorrufen. Diese Tatsache hat bereits in der Therapie mehrfach Verwendung gefunden und ist kürzlich von Curschmann und Erich Meyer bei der Tetanie mit Erfolg angewandt worden. Andererseits ist von Januschke und Chiari auf Grund von Tierversuchen die Behandlung des Schnupfens mit Calciumlactat versucht worden. Ebenso hat Wright schon 1896 für die Therapie der Urticaria die Verwendung von Calciumsalzen empfohlen. Im Hinblick auf diese Tatsachen schien Verf. ein Versuch der Beeinflussung des Asthma bronchiale durch Calciumsalze nicht aussichtslos. Ein Fall von Heuasthma bot Verf. Gelegenheit, zum ersten Male die Wirksamkeit der Calciumsalze nach dieser Richtung zu studieren, nachdem vorher Januschke und Chiari beim Heuschnupfen von dieser Therapie Erfolge gesehen hatten. Ermutigt durch den guten Erfolg, stellte Verf. in Anbetracht der nahen Verwandtschaft des Heuasthmas mit dem Asthma bronchiale auch hierbei Versuche mit der internen Darreichung von Calciumchlorid an. Diese Therapie wurde im Verlaufe von ca. ½ Jahr bei 15 Fällen angewandt und zeitigte in 13 Fällen einen bemerkenswerten Erfolg, während dieser in 2 Fällen ausblieb. Die Anfälle nahmen bei den erfolgreich behandelten Fällen nach 3—4 tägigem Gebrauch einer 5 proz. Lösung von Chlorcalcium ab und kehrten in einigen Fällen mehrere Monate lang nicht mehr wieder. Die Patienten gaben an, daß sie bald nach Verbrauch der ersten 100—200 ccm der Medizin freier atmen konnten, daß sich der Schleim löste und die Nachtruhe ungestört blieb, bis schließlich ein anfallsfreier Dauerzustand eintrat. In einigen Fällen war das Mittel anderen Medikamenten durchaus überlegen, in anderen wirkte es, nachdem eine Entfernung von Nasenpolypen erfolglos geblieben war. Es handelte sich in Verfassers Fällen um Patienten der verschiedensten Altersklassen, der verschiedensten Berufe und Personen, die verschieden lange Zeit schon an ihrem Asthma litten. Die Wirkung trat fast durchweg erst am 3. Tage der Medikation ein. Es erwies sich als vorteilhaft, die Darreichung des Calciums auf ca. 8 Tage auszudehnen, in denen das Mittel regelmäßig genommen werden mußte, und für diese Zeit zu ordinieren:

Rp. Calcii chlorat. ($CaCl_2$) . . . 20,0
Sirup. simpl. 40,0
Aq. dest. ad 400,0
MDS. 2stündl. 1 Eßlöffel in Milch. 1mal zu erneuern. Kr.

Med.-Rat Dr. **L. Roth** (München): **Praktische Erfahrungen mit Hydropyrin-Grifa.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 3.)

Bei der Verwendung der reinen Salicylsäure wurde die günstige Einwirkung dadurch herabgemindert, daß unangenehme Nebenerscheinungen auftraten. Besonders wurden Reizungen der Magen- und Darmschleimhaut beobachtet, ferner wurde Albuminurie festgestellt. Um den Kranken vor diesen Unannehmlichkeiten zu bewahren, wandte man statt der Salicylsäure deren Salze, insbesondere das salicylsaure Natron, an, das sich durch seine leichte Löslichkeit auszeichnet. In der Acetylsalicylsäure fand man einen Körper, der sich schnell einführte. Ihm haftete ein Nachteil an, die Unlöslichkeit in Wasser. Es gelang hier Abhilfe zu schaffen, indem man die Salze der Acetylsalicylsäure darstellte. Unter diesen hat sich das Lithiumsalz der Acetylsalicylsäure bewährt. Das Lithiumacetylsalicylat, das unter dem Namen Hydropyrin-Grifa in den Handel kommt, ist ein Präparat, das dem Arzt ein großes Anwendungsgebiet der Salicylsäuretherapie erschließt. Es ist ein wirksames Antirheumaticum, Antineuralgicum und Antipyreticum, wird schnell resorbiert und ist frei von schädlichen Nebenwirkungen. Vor allem weist Verf. auf die Löslichkeit des Hydropyrins hin, eine Eigenschaft, die die Möglichkeit gibt, es als Zusatz zu Dekokten und Infusen aller Art, vor allem in der Kinderpraxis, zu verwerten. Wegen seiner raschen Resorbierbarkeit kann man es auch als Klysma verabfolgen. Das Präparat zeigt im allgemeinen keine Giftigkeit; nur sehr selten wird über Druck in der Magengegend und Ohrensausen geklagt. Verf. bestätigt diese Tatsachen auf Grund der von ihm durchgeführten Versuche. Gleich anderen Autoren wurde auch seinerseits weder auf das Herz noch auf die Atmungsorgane die geringste nachteilige Einwirkung gefunden. Dabei hat sich Verf. das Hydropyrin bei fieberhaften Erkrankungen als ein prompt wirkendes Antipyreticum bewährt. Es setzt innerhalb kurzer Zeit die Temperatur herab, wodurch auch gleichzeitig die Pulsfrequenz fällt. Nicht minder brauchbar ist es als Antineuralgicum und schmerzstillendes Mittel. Verf. verwandte in Fällen von Intercostalneuralgien, Cephalalgie, Arthritis je nachdem 1 g einmal bis mehrmals täglich mit gutem Erfolg. Ganz besonders hervorzuheben ist, daß das Hydropyrin ein wirksames Antirheumaticum ist, das sich namentlich bei akutem Gelenkrheumatismus bewährt. Sehr günstige Einwirkungen sah Verf. bei Muskelrheumatismus und Lumbago, wobei seine guten Erfolge mit denen Ficklers übereinstimmen. Kr.

Diätetische Therapie.

Dr. **Martin Hirschberg**, ehem. Assist. d. 1. inneren Abteil. d. Virchow-Krankenhauses in Berlin: **Die Behandlung mit kalkarmer Nahrung und ihre Indikation.** (Berlin. klin. Wochenschrift, 1911, No. 46.)

Verf. hat mit der kalkarmen Nahrung in einer Reihe schwerer Gelenkerkrankungen sowohl subjektive wie objektiv nachweisbare Besserung erzielt. Nicht alle Gelenkerkrankungen reagieren auf diese diätetische Behandlung. Die sicherste Handhabe für die Indikationsstellung zur Entziehung kalkreicher Nahrungsmittel ergibt eine nachgewiesene Retention von Calcium im exakten Stoffwechselversuch bezw. eine deutlich verminderte Ausscheidung des Harnkalks unter Zugrundelegung einer bestimmten Standardkost. Als solche empfiehlt sich eine 3 tägige Verabreichung von je 1 l Vollmilch, 200 g Berliner Schrippen oder 200 g Aleuronatbrot, 200 g Reisbrei mit 300 g Bouillon (275 g entalktes Wasser, 25 g Fleischextrakt), 100—150 g geschabtes Rindfleisch. Daneben wird Palmona, Palmin oder Margarine, Honig und aus destilliertem Wasser bereitetes Selterswasser verabreicht. Bei einer Trockensubstanz von 200 g entspricht diese Standardkost einem Gehalt von 1,86 g CaO. Gelenkkranke, die bei Bettruhe und dieser Kost nicht mehr als 10 pCt. des aufgenommenen Ca im Harn entleeren, berechtigen nach Verfassers Erfahrungen zur Annahme einer Anomalie im Kalkstoffwechsel und sind zu einer diätetischen Behandlung im Sinne einer Kalkentziehung geeignet. Läßt sich aus äußeren Gründen eine exakte Untersuchung auf das Verhalten des Ca-Stoffwechsels nicht ausführen, so ist die kalkarme Ernährung angezeigt: bei den chronisch ankylosierenden Erkrankungen der Wirbelsäule (Typus Bechterew und Strümpell-Marie), bei bestimmten Formen chronischer, mit Neigung zur Ankylosenbildung einhergehender Polyarthritis (Arthritis deformans) und bei den im Gefolge akuter Polyarthritis auftretenden Gelenkschmerzen. Die Entziehung kalkhaltiger Nahrungsmittel ist eine ernste Behandlung, bei der sorgfältige Beobachtung mit Kontrolle des Urins und des Körpergewichtes notwendig ist. Bei Verabfolgung strenger Diät empfiehlt es sich, folgende Nahrungsmittel zu bevorzugen: Aleuronatbrot, Weißbrot, Reis, Grieß, Haferflocken, Hirse, Grünkern, Sago, Gerste, Graupen, Tomaten, Champignons, Reismehl, Grießmehl, Eiereiweiß, Fleischsuppen, Fleischextrakt (Cibil's), Rindfleisch, Geflügel, Kalbsleber, Zunge, alle zuckerreichen Speisen, Honig, Marmelade, als Fett Pflanzenbutter, als Getränk Weißbier, Pomril, Selters aus destilliertem Wasser, Champagner, Portwein. Die Behandlung kann fast immer unter Individualisierung der speziellen Bedürfnisse des Kranken 6—8 Wochen durchgeführt werden. Danach ist es empfehlenswert, durch Verabreichung einer gemischten Kost das strenge Regime zu unterbrechen, unter striktester Vermeidung von Milch, Butter, Eigelb, Kartoffeln, Spinat und unter möglichster Einschränkung der übrigen Gemüse. Kr.

Physikalische Therapie.

Dr. **Oskar Ehrmann** (Mannheim): **Beitrag zur Kasuistik der Hodenbestrahlung (Röntgenkastration) bei Prostatahypertrophie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 13.)

Vor kurzem haben Wilms und Posner aus der Heidelberger chirurgischen Klinik über Versuche der Behandlung der Prostatahypertrophie mittels Röntgenbestrahlung der Hoden berichtet. Diese Therapie ist ein Analogon zur Behandlung der Uterusmyome mittels Röntgenbestrahlung der Ovarien. Verf. berichtet nun ebenfalls über einen Fall, in welchem bei einem Prostatiker die Röntgenbestrahlung der Hoden mit Erfolg vorgenommen wurde. Es handelte sich um einen 59½ Jahre alten Mann, der seit mehreren Monaten an Symptomen von Prostatahypertrophie mit Störungen der Urinentleerung und cystitischen Erscheinungen (Harnblutungen, trüber Urin, größere Mengen Residualharn) litt. Die übliche Behandlung hatte die Beschwerden vorübergehend gebessert, von Zeit zu Zeit traten aber Erscheinungen von Urosepsis auf. Deshalb beschloß Verf., einen Versuch mit der Röntgenbehandlung zu machen. Die Bestrahlung der Hoden erfolgte nach Abdeckung des Unterleibes und des Dammes exkl. der beiden Hoden. (Therapiezentralröhre Burger, mittelhart, ca. ⅔ Erythemdosis in 10 Minuten.) 8—10 Tage nach der Bestrahlung zeigte sich die Besserung, der Residualharn wurde geringer, um nach weiteren 10 Tagen völlig zu schwinden. Ebenso blieben die Blutungen gänzlich aus. Die beiden Hoden sind deutlich verkleinert, aber weich; die Prostata ist weich, noch

größer als normal, aber leichter umfaßbar als früher. Der Erfolg ist bis jetzt (ca. 1/4 Jahr) dauernd geblieben. Auch haben sich nachträglich keinerlei Störungen des Allgemeinbefindens und des Nervensystems eingestellt. In einem zweiten Falle bei einem Patienten mit derbfibrinöser Vergrößerung der Prostata (mit großen Wulsten in das Blaseninnere und erheblicher Balkenblase) wurde kein Erfolg mit der Hodenbestrahlung erzielt. In dem ersten Falle handelte es sich um eine weichere vergrößerte Prostata. R. L.

Chirurgische Therapie.

Dr. **Waclav v. Biehler**, Ordinarius der chirurgischen Klinik im Kindlein Jesu-Krankenhaus in Warschau: **Ein Beitrag zur Behandlung der Brustdrüsenentzündung mit Bierscher Saugglocke.** (Wiener klin. Rundschau, 1911, No. 51.)

Seit dem Jahre 1906 hat Verf., genau den Vorschriften von Klapp folgend, 89 Fälle von Brustdrüsenentzündung mit Bierscher Saugglocke behandelt. Um zu entscheiden, wann man die Saugglocke anwenden soll und was man von ihr erwarten kann, muß man sich nach Verf. klarmachen, mit welcher Form von Drüsenentzündung man es zu tun hat. In jedem Falle, mit Ausnahme der Chassaignacschen Form, welche sich in dem unter der Drüse gelegenen Gewebe abspielt, hilft die Saugglocke — der Erfolg hängt sowohl von der Zeit und der Geduld des Arztes als auch der Patientin ab. Haben wir es mit der ersten Form zu tun, mit der oberflächlichen Lymphwegeentzündung, dann hilft die Saugglocke schnell und gut; ebenso hilft sie auch bei der Milchwegeentzündung durch aseptische Entfernung der Milch. Bei der Behandlung der tief gelegenen Lymphwege und der eitrigen Milchwegeentzündung erlangt man gute Resultate, nur dauert die Behandlung länger — 3—4 Wochen — und oft muß man zur Oeffnung des bestehenden Abscesses schreiten, was aber auf die definitive Heilung keinen Einfluß hat. Oft kommen die Kranken mit schon gebildeten Eiterabscessen, mit langen Fistelgängen. Auch in diesen veralteten Fällen hilft die Glocke, indem sie den Eiter aspiriert, die Fistelgänge durch die Hyperämie belebt, heilt.

Die Behandlung seiner Fälle führte Verf. mit Ausnahme einiger ambulatorisch durch und setzte sie konsequent so lange fort, bis jede Schwellung verschwunden war und die Drüse ihre normale Form angenommen hatte.

Die Saugglocke applizierte Verf. genau nach den Vorschriften von Klapp einmal täglich, ausnahmsweise auch zweimal im Laufe von 45 Minuten; dabei blieb die Glocke 5 bis 10 Minuten stehen und es erfolgte eine Pause von 3—5 Minuten. Der Rand der Saugglocke wurde der Dichte wegen mit Vaseline beschmiert. Die Brustdrüse wurde vor und nach der Manipulation mit Seife und warmem Wasser und darauf mit Benzin gewaschen. Zum Saugen wurde eine gewöhnliche Spritze benutzt. Die sich bildenden Eiterabscesse wurden unter aseptischen Kautelen eröffnet, dabei wurde die Oeffnung so klein als nur möglich gemacht und der Eiter sofort aspiriert.

Wie aus Verfassers 89 Fällen ersichtlich, besitzen wir in der Bierschen Saugmethode eine tadellose Behandlung der Brustdrüsenentzündungen, welche bis jetzt allen Forderungen entspricht: sie stillt den Schmerz fast sofort, rettet die Brustdrüse, heilt in kurzer Zeit und macht die schmerzhafte, lang dauernde chirurgische Behandlung mit Gazetamponade und Drainage unnötig und entstellt nicht die Brustdrüse, was aus ästhetischen Gründen sehr wichtig ist. Was nun die Meinungsverschiedenheiten über diese Behandlungsweise in der Literatur anbetrifft, so glaubt Verf. sie darauf beziehen zu können, daß man bei der Behandlung erstens nicht genau den Vorschriften Klapps gefolgt ist, zweitens wenig Geduld gehabt hat und drittens zu viel von ihr verlangt hat, was die Zeitdauer der Behandlung und die Erfolge derselben betrifft. Rezidive hat Verf. niemals beobachtet. Kr.

Kombinierte therapeutische Verfahren.

Dr. **Kras**, prakt. Arzt in Sao Joao do Montenegro, Brasilien: **Ueber ein neues Tetanusheilverfahren.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1912, No. 2.)

Verf. berichtet über einen ziemlich schweren Fall von Tetanus bei einem 25 Jahre alten Mulatten, in welchem er, da ihm kein Tetanusserum zur Verfügung stand, ein neues Tetanusheilverfahren in Anwendung brachte, dem er den glücklichen Ausgang der Krankheit zuschreibt. Der Gedankengang, der ihn dabei leitete, war folgender: Es ist eine bekannte Tatsache, daß die Krankheitserscheinungen bei Tetanus nicht durch die Bacillen selbst, sondern durch deren Toxine hervorgerufen werden und man die Bacillen nur am Orte der Verletzung vorfindet. Die Therapie hat also zwei Indikationen zu erfüllen: Erstens, die Quellen der Toxine — die Bacillen — so radikal als möglich zu schließen und zweitens die im Blute und im Liquor cerebrospinalis kreisenden Toxine möglichst zu eliminieren. Dies glaubt Verf. erreicht zu haben, indem er in folgender Weise vorging: In leichter Chloroformnarkose wurde die mit dem Tetanusgift infizierte oberhalb des linken Handgelenkes liegende, fast schon vernarbte Wunde umschnitten und abgetragen, die Drüsen in der Ellenbeuge ausgeräumt und die Wundfläche mit dem Paquelin ausgebrannt. Dann wurden durch eine Venaesectio 500 ccm Blut entnommen und eine entsprechende Menge steriler, physiologischer Kochsalzlösung infundiert. Nachdem das geschehen, wurde die Chloroformmaske entfernt und auf die übliche Weise eine Lumbalpunktion gemacht und tropfenweise der Liquor gänzlich abgelassen. Daran wurde eine richtige Durchspülung des Kanals mit steriler physiologischer Kochsalzlösung mit Zusatz von 0,30 proz. Zucker angeschlossen und zum Schluß, nachdem alles wieder abgelaufen, zwei Pravazspritzen derselben Lösung langsam injiziert. Stichöffnung mit Jodoform-Kollodium zugeklebt. Gegen Ende der ganzen Prozedur erlitt Pat. einen schweren Anfall von Opisthotonus, Dyspnoe, Brechbewegung und Bewußtseinstrübung. Der Puls stieg auf 140. Nach etwa 10 Minuten verlor sich langsam der beängstigende Symptomenkomplex und der Kranke verfiel in einen ruhigen Schlaf, der von 11 Uhr vormittags bis 5 Uhr nachmittags dauerte. Die in dieser Zeit angestellte Untersuchung ergab eine deutliche Herabminderung des Trismus und Opisthotonus; Puls 98, Temperatur 39,6°. Nach einem ausgiebigen Reinigungsklystier bekam der Kranke ein Nährklysma, dem Wein und 3,0 Chloralhydrat zugesetzt wurden. Die Nacht wurde schlecht zugebracht. Am nächsten Tage wurde wieder eine Venaesectio gemacht und nach Abfluß von 300 ccm Blut eine ebensolche Menge Kochsalzlösung, der 10 Tropfen Digalen zugesetzt wurden, injiziert. Die Rückenmarkshöhle wurde wieder nach Abfluß der in ihr befindlichen Flüssigkeit mit 1 l physiologischer, mit 0,30 proz. Zucker versetzter Kochsalzlösung durchgespült und zum Schluß wieder zwei Pravazspritzen derselben Lösung injiziert. Die ganze Operation wurde sehr langsam durchgeführt, um keine zu plötzlichen und zu großen Druckschwankungen hervorzurufen. Aus demselben Grunde wurde auch nicht mehr als eine Spritze voll eingespritzt und erst nachdem diese abgelassen, wieder frisch injiziert. Die Reaktion war an diesem Tage viel milder und äußerte sich nur in ganz leichten Zuckungen in den Beinen. Nach ca. 1 Stunde verfiel der Kranke in einen 4 Stunden dauernden Schlaf.

3. Tag: Sensorium vollkommen frei. Puls 88, Temperatur 38,2°. Zustand bedeutend besser. Es wurde wieder eine Venaesectio mit Abfluß von ca. 250 ccm Blut gemacht und die Rückenmarkshöhle mit Kochsalz-Zuckerlösung durchspült. Nach einem Reinigungsklystier — nachmittags — wurde ein Nährklysma mit Zusatz von 3,0 Chloralhydrat verabreicht. Abends heftige Kopfschmerzen, 0,01 Morphiuminjektion. Nachher ruhiger und tiefer Schlaf.

4. Tag: Pat. fühlt sich bedeutend besser. Trotzdem wird nochmals eine Durchspülung der Rückenmarkshöhle mit 3/4 l Kochsalzzuckerlösung gemacht und 2,0 Chloralhydrat gegeben.

5. Tag: Pat. fast vollkommen wohl. Um 5 Uhr nachmittags zeigt sich aber wieder der schon fast verschwundene Trismus, von heftigen Kopfschmerzen begleitet. Es wird deshalb nach einer Venaesectio mit 300 ccm Blutabgang eine nochmalige Lumbalpunktion gemacht und die Höhle mit 1 l Kochsalz-Zuckerlösung durchspült. 2,0 Chloralhydrat per os; 0,01 Morphiuminjektion.

6. Tag: Pat. vollkommen wohl, bis auf leichte Kopfschmerzen. Weitere stetige Rekonvaleszenz. Kr.

Technisches.

Stabsarzt Prof. Dr. **Hoffmann** und Stabsapotheker **Budde** (Berlin): **Ueber Jodtinktur-Katgut.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 13.)

Die Verf. kommen auf Grund ihrer Versuche zu folgenden Ergebnissen: 1. Katgut läßt sich in 5 proz. alkoholischer Jodtinktur ebenso sicher keimfrei machen, wie in 1 proz. wässeriger Jodjodkaliumlösung; vom bakteriologischen Standpunkte aus ist das Jodtinkturgatgut dem Klaudiusschen Katgut gleichwertig. 2. Die Zugfestigkeit des Katgut leidet nicht, wenn die Fäden in 5 proz. Jodtinktur in gespanntem Zustande 5 Tage lang aufbewahrt werden. Ungespannte Fäden drehen sich in der Tinktur auf und ihre Festigkeit geht um 50 pCt. und mehr zurück. 3. Bei der Einwirkung von Jod auf Katgut nach allen Verfahren tritt Jodwasserstoffsäure im Katgutfaden auf. Da diese Jodwasserstoffsäure sehr leicht im Eiweißkörper angehäuft wird (intramolekular) und eine einmal gebrauchte Tinktur größere Mengen davon enthält, so empfiehlt es sich, nur frisch hergestellte Lösungen zur Herstellung von Jodkatgut zu verwenden und die übrigbleibende Lösung jedesmal wegzugießen. 4. Ein geringere Mengen von Jod enthaltendes, daher weniger schwer resorbierbares Jodkatgut erhält man durch ein 30 Minuten langes Einlegen des nicht gespannten, durch trockene Hitze keimfrei gemachten Katgut in 10 proz. Jodtinktur, der zur Verzögerung der Zersetzung 3,5 pCt. Jodkalium zuzufügen ist. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 24. April 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

(Schluß).

Tagesordnung:

Ueber Gelenkeinklemmungen und ihre Behandlung mit besonderer Berücksichtigung der Interposition des verletzten Meniscus im Kniegelenk. (Mit Krankendemonstration.) (Autorreferat.)

Herr **M. Katzenstein**: Mangels einer pathologischen Grundlage wird häufig bei Gelenkleiden die Diagnose Gelenkneuralgie gestellt. Da pathologisch-anatomische Untersuchungen auf diesem Gebiete nicht vorliegen, will Vortragender auf Grund seiner operativen Autopsien die Lücke auszufüllen versuchen.

Gelenkeinklemmungen kommen dann zustande, wenn Fremdkörper irgend welcher Art zwischen die Gelenkflächen gelangen. Sie hindern nicht etwa mechanisch die Gelenkbewegung, sondern durch Hervorrufen eines enormen Druckschmerzes sistiert die Gelenkbewegung reflektorisch. K. unterscheidet akute, intermittierende und chronische Gelenkeinklemmungen. Bei der ersteren tritt der oft sehr kleine Fremdkörper nur bei bestimmten Bewegungsphasen oder nur zeitweise zwischen die Gelenkflächen. Bei der chronischen Gelenkeinklemmung befindet sich der Fremdkörper dauernd zwischen den sich bewegenden Gelenkflächen und verursacht einen dauernden Schmerz. Die Folge ist hiervon entweder eine dauernde Bewegungsbehinderung oder wenigstens ein dauernder Schmerz. Ein Beispiel für die akute intermittierende Gelenkeinklemmung ist eine rheumatische Affektion im Schultergelenk, bei der ein Fibringerinnsel auf der Gelenkfläche bestimmte Bewegungen in der Schulter äußerst schmerzhaft gestaltet. Lokalisierung der Schmerzen zentral und peripher vom Gelenk, Druckstelle im Gelenk. Beispiel für die chronische Gelenkeinklemmung: Knochenabsprengung vom Oberarm, die durch ihre Lagerung im Schultergelenk jede Bewegung hindert. Demonstration eines Röntgenbildes, das die Lage des Knochens verdeutlicht, und eines zweiten Röntgenbildes, auf dem der Knochen fehlt, nachdem er resorbiert ist.

Behandlung beider Affektionen: Ruhigstellung des Gelenks, Heißluftanwendung, Muskelmassage zur Vermeidung der Atrophie.

Aus anatomischen und funktionellen Gründen sehen wir Gelenkeinklemmungen am häufigsten im Kniegelenk. Sie können bedingt sein:

1. durch freie Gelenkkörper;
2. durch Fettgeschwulst (Hoffa [Demonstration einer durch Operation geheilten Patientin]);
3. durch Kapselzerreißung (Demonstration eines durch Operation geheilten Patienten);
4. durch Meniscusverletzung.

Demonstration der normalen Kniegelenksbestandteile: Bänder, Kapseln und Menisci und deren Beziehung zueinander an mehreren Diapositiven. Demonstration des Mechanismus der Entstehung der Meniscus- und Kapselverletzung, sowie einer neuen Art ihrer experimentellen Hervorrufung im Leichenversuch.

Die Meniscusverletzung kann entstehen:

1. direkt durch eine bei gebeugtem Knie medial der Patella eingreifende Gewalt;
2. indirekt durch eine horizontal wirkende Gewalt (hierbei unterscheidet er Rotationsverletzungen, Flexionsverletzungen und Extensionsverletzungen), sowie durch eine senkrecht wirkende Gewalt.

Es ist dem Vortragenden zum ersten Male gelungen, diese Verletzungen im Experiment hervorzurufen.

Er hat 6 Fälle konservativ und 26 Fälle mit der Operation behandelt und folgende Verletzungen hierbei gefunden:

1. Abriß des Meniscus an seinem Vorderhorn von der Tibia;
2. Abriß des Meniscus von der Gelenkkapsel;
3. Zerreißung der Kapsel und sekundäre Verlagerung des Meniscus ohne Zerstörung der Verbindung zwischen Knorpel und Kapsel (Kombinationen zwischen jeder einzelnen Verletzung sind möglich);
4. Verletzung der Meniscussubstanz unter der Wirkung der im Gelenk aufeinandergepreßten Knochen;
5. Kombination der Meniscusverletzung mit Verletzung des Ligamentum cruciatum anterius.

Demonstration dieser Typen in Diapositiven.

Die Symptome der frischen Meniscusverletzung unterscheiden sich nicht von denen der frischen Gelenkverletzung. Die nach einem Gelenktrauma auftretende Anschwellung des Kniegelenks ist die Folge eines Blutergusses, dieser ist das Symptom einer Gelenkinnenverletzung. Zuweilen tritt sofort bei der ersten Verletzung die erste akute Gelenkeinklemmung ein, meistens jedoch erst später. Die chronische Gelenkeinklemmung tritt ebenfalls erst nach Ablauf der akuten Erscheinungen auf und ist charakterisiert durch das Auftreten von Schmerzen im Unterschenkel bei längerem Gehen und Stehen und ist bedingt durch die Verlagerung der zerrissenen Kapsel allein, des Meniscus allein oder beider in das Gelenkinnere.

Die Diagnose der Meniscusverletzung basiert auf dem Nachweis einer Schmerzhaftigkeit medial oder lateral von der Patella an der Tibiakante und evtl. einer abnormen Beweglichkeit des hier fühlbaren Knorpels, dem Auftreten von Knacken, wenn sich der Meniscus in das Gelenk umschlägt.

Die Behandlung der frischen Meniscusverletzung sowie jedes frischen Blutergusses im Gelenk besteht in absoluter Vermeidung der Flexion, sowie der Belastung des Kniegelenks, um so den an seiner normalen Stelle liegenden Meniscus, der von der Unterlage abgerissen ist, an dieser wieder anheilen zu lassen.

Massage der das Gelenk umgebenden Muskulatur. Behandlungsdauer 3—4 Wochen. Resultat sehr gut.

Sind Einklemmungserscheinungen eingetreten infolge mangelhafter Behandlung, so kann nur die Operation eine Heilung erzielen.

K. vermeidet die im allgemeinen geübte Exzision des Meniscus, weil hierdurch eine Inkongruenz der Gelenkflächen eintritt.

Hierauf führt K. die vielfachen von anderen Chirurgen mitgeteilten ungünstigen Resultate zurück. Durch die Exzision des einen Meniscus wird, da die Gelenkflächen sich berühren müssen, auf den restierenden Gelenknorpel ein stärkerer Druck ausgeübt, unter dem im Laufe von Monaten eine Lockerung des restierenden Knorpels und Beschwerden im nicht operierten Gelenkteil eintreten. Nachweis durch operative Autopsie in zwei einschlägigen Fällen und durch Belege aus der Literatur.

K. hat zur besseren Freilegung des Gelenks und zur Ermöglichung der Anlegung der Naht des Meniscus in 10 Fällen die Seitenbänder durchschnitten und hiervon in keinem einzigen Fall irgendwelchen Schaden gesehen, da er sie wieder exakt vernäht hat.

Drei seiner operierten Fälle sind durch andere Krankheiten kompliziert gewesen, einmal durch Arthritis deformans, zweimal durch Tuberkulose. Aber auch in diesen Fällen ist durch die Naht des gelösten Meniscus ein Verschwinden der durch die Lockerung des Meniscus bedingten Beschwerden erzielt worden. Zwei Fälle von Meniscusablösung waren mit einer Verletzung des Ligamentum cruciatum verbunden. In einem Falle wurde das Ligamentum genäht. Heilung. Im anderen Falle war außer der Ablösung des Meniscus der Knorpel der Tibia von der Unterlage abgerissen. Naht des Meniscus und des Knorpels. Heilung. Zweimal mußte der Knorpel wegen schwerer Veränderungen entfernt werden, und es sind das die einzigen Fälle, deren Resultat nicht günstig ist. Bei drei Fällen war die Substanz des Meniscus zerrissen, der Defekt wurde genäht, und es wurde in diesen drei Fällen, wie in sämtlichen anderen, vollkommene Heilung erzielt, wie eine, zum Teil langjährige, Beobachtung ergab. Demonstration der meisten Patienten. Im ganzen hat K. 26 Fälle operiert, davon wurde in 24 Fällen der Meniscus genäht und zweimal exstirpiert.

Auf Grund dieser ausgezeichneten Resultate wird K. auch in Zukunft die Naht des Meniscus dann vornehmen, wenn seine Form erhalten ist. Ist der Knorpel durch lange Dauer in seiner Form vollkommen zerstört, so empfiehlt auch er die Exstirpation des Meniscus.

In einem zusammenfassenden Schluß empfiehlt K. den Begriff der Gelenkneuralgie fallen zu lassen, da ihm jede anatomisch-pathologische Grundlage fehlt und die Schmerzen, die eine Gelenkneuralgie vortäuschen, meist durch Gelenkeinklemmung bedingt sind.

Neue Erfahrungen über Fremdkörperextraktion aus den oberen Luft- und Speisewegen.

(Mit Lichtbildern.)

Herr **Glücksmann**: Vortragender demonstriert eine Reihe von z. T. umfangreichen Fremdkörpern (Gebißplatten, Mundpfeife, Bleistifthülse etc.), die er mit Hilfe des Oesophagoskops teils extrahiert, teils mit der Sonde heruntergestoßen hat, so daß sie per vias naturales abgingen. Die Bronchoskopie und die Röntgendurchleuchtung haben sich in einigen Fällen von Fremdkörpern in der Lunge sehr nützlich erwiesen. Vortragender skizziert kurz die Einzelheiten der überaus interessanten Fälle.

Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 29. April 1912.

Vorsitzender: Herr Kraus.

Tagesordnung:

Neue Gesichtspunkte zur Geschichte des Badewesens und der Sittlichkeit in Deutschland. (Mit Lichtbildern nach alten Originalen.)

Herr **A. Martin** (Bad Nauheim) [a. G.]: In diesem Beitrag zur Geschichte des deutschen Badewesens hat Vortr. Quellen benutzt, welche aus geschriebenen und gedruckten Mitteilungen sowie aus Abbildungen bestehen. Sehr strittig war von jeher der Wert der Abbildungen als Quelle. Aber auch die geschriebenen und gedruckten Mitteilungen sind meist nicht richtig als Quellen verwendet worden. So ist aus einer Geschichte des Badewesens eine solche des Badeunwesens, aus einer Geschichte der Sittlichkeit eine solche der Unsittlichkeit geworden. Die Abbildungen entstammen häufig der klassischen Malerei; für die Kulturgeschichte haben sie wenig Wert. Wo der Künstler subjektiv wird, wird er geschichtlich unwahr. Mehr Wert haben die Werke der deutschen Kleinkünstler. Man muß sich stets fragen: Was hat der Künstler gewollt? Hat er Aktstudien vorgeführt, hat er nur ein bestimmtes Werk illustrieren wollen oder die Badestube so zeigen wollen, wie sie war?

Ein typisches Beispiel, wie nicht geforscht werden soll, liefern die burgundischen Miniaturen; sie sind in Breslauer und Dresdener Handschriften erhalten. In der Anekdotensammlung des Valerius Maximus wird gezeigt, wie dieser den Kaiser durch das sündige Rom führt, um zu beweisen, daß die Badestuben nur Bordelle sind. Die Bilder aus diesen Handschriften des Mittelalters wurden häufig gebraucht. Immer wieder gelten sie fälschlich als Muster für das deutsche Badewesen jener Zeit, während das sündige Rom von einem französischen Maler vorgeführt wurde.

Zwei Arten des deutschen Bades sind zu unterscheiden: das Bad im warmen Wasser und die Schwitzstube. Ueberall, außer bei den Japanern, die heiße Bäder bevorzugen, sehen wir bei den Naturvölkern das Schwitzbad als Reinigungsbad in Benutzung. Darauf deutet schon der Name Stube, der mit stieben, dampfen, aufwallen zusammenhängt.

Aus dem alten Recht (dem Sachsenspiegel) wissen wir, daß diese Stuben aus Holz sehr leicht gebaut und leicht entzündbar waren. Schon Tacitus berichtet, daß wir Warmbäder hatten. Das Reinigungsbad war in der ältesten Zeit das Dampfbad; das Warmbad war das Bad des reichen Mannes, das Vergnügungsbad.

Aus der Züricher Manesseschen Handschrift stammt ein Bild, auf dem vornehme junge Frauen das Bad und die Massage des Gastes vornehmen, während die Magd nur das Feuer schürt; es ist ein Vollbad im Mai etwas Vergnügliches; der Mai ist der Frühling und verleiht besondere Kraft. Daher stammen noch die Frühjahrskuren und die Kräuterweine. Man badete in den Mineralquellen besonders im Frühling; im Bad blieb man 24 Stunden, z. B. am Walpurgistage. Das Willkommenbad der Manesseschen Handschrift verrät einen besonderen Zweck; eine junge Frau setzt dem alten Herrn einen Kranz auf, Rosen werden gestreut. Der Mann sitzt nicht etwa nackt im Bade. Es ist der Frühling durch Blumen, Bäume und Vögel deutlich dargestellt.

Im Bade gab es die Morgensuppe, auch ein Badgericht, Geldstrafen, die in Wein angelegt wurden, ferner einen Pritschenmeister, der prügelte; im Bade wurde gesungen usw.

Im Mai kommt dergleichen Konterfei in den alten Kalendern immer wieder vor. In den Häusern der vornehmen Leute gab es Hausbäder, in denen gegessen und getrunken wurde; man lud sich dazu Freunde und Verwandte ein. Ebenso sieht man es in den Volksbädern; hier sind die Bader nur mit der Bruch oder Bruoch bekleidet, welche die Genitalien verdeckt. Es wird des öfteren verboten, daß sie in diesem Aufzuge ohne Hosen auf die Straße gehen. Badehr oder Schürze kommt der Frau zu. Wolfram von Eschenbach sagt, daß man sein Geschreibsel nicht für eine „Bruch" halten möge; er würde lieber ohne Tuch sich überraschen lassen, wenn er nicht des Quast vergäße.

Es gab große Festlichkeiten in den Bädern, z. B. für die Handwerker, die Beamten und die Freundschaft. Es wurde derart gegessen und getrunken, daß man es andern Tages schwer im Kopfe hatte. Dazu hatten vornehme Leute prächtige, große Badestuben, so besitzen noch heute die Fuggerhäuser in Augsburg eine solche.

Das deutsche Volksbad ist das Schwitzbad; die Bruch wird geknöpft; sie wurde später größer und bekam Beinlinge. Dazu kommt die Kopfbedeckung des Mannes, ein Strohhut, nicht etwa eine Kappe. Die Einrichtung ist wohl auf den Einfluß der Schule von Salerno zurückzuführen. Damals schenkte die vornehme Braut am Hochzeitstage ihrem Zukünftigen die Badewäsche; dazu gehörte auch der Quast oder Kosten, der ein Büschel von Eichen- oder Birkenzweigen darstellte; bei Russen und Finen war es eine Rute. Erwähnt wird er von dem Minnesänger Ulrich von Lichtenstein. Damit peitschte man sich zur Erweiterung der Hautgefäße im Dampfbad.

Wie ging es im Bade zu? Durch Hornstoß oder Ausrufen meldete der Bader, daß das Bad fertig sei. Dann ging man hinein, seifte sich ein; zuerst wurde man mit Lauge begossen, meist massiert; dann ging es auf die Schwitzbänke, worauf die Leute mit dem Wedel geschlagen wurden. Zugleich wurden erhitzte Steine mit Wasser übergossen; es entstand Dampf; dann wurde man mit warmem und kaltem Wasser gewaschen und geschröpft. Dann ruhte man.

Die Frauen bekamen nach der Arbeit in den Arbeitsstuben ein Bad; man machte „Badschicht" am Samstag. Aus dem Bad und zum Bad ging man nackt, nur mit dem Mantel (Badehr) bekleidet. Immer aber waren die Geschlechter im Bade getrennt, nicht vermengt, wie die Anekdotensammlung des Maximus Valerius die Bordellzwecke verbergenden Bäder Roms darstellt.

Giese zeigt in einer Göttinger Handschrift von 1905 eine Neukonstruktion von Feueranlagen. Dabei sieht man, wie eine Frau mit der Badehr ins Bad geht. So ging man auch auf die Straße. Man schröpfte übrigens meist so, daß die Geschröpften zugleich ein Fußbad nahmen.

Nur verstohlen gucken die Männer, wie ein Bild von Albrecht Dürer dartut, in den Baderaum der Frauen, die nackt sind und von der Baderin bedient werden. Im Dorfe gab es Badmägde. König Wenzel wurde durch eine Badmagd gerettet. Zum Danke ließ er sie öfters malen; charakterisiert wird sie durch das Hemd.

Später tritt an die Stelle der heißen Steine ein Kachelofen, also an die Stelle des Dampfbades ein Heißluftbad. Vor den Schwitzbänken gibt es jetzt einen Vorhang. Die Männer haben noch einen Schurz, da die Bruch die Form der Genitalien nicht verdeckt. Um 1622 schwankt der Gebrauch. Wie die Aenderung kam, weiß Vortragender nicht zu sagen. Es war aber von Einfluß auf das Badewesen selbst.

Bei der Hochzeit gingen Braut und Bräutigam ins Bad; an einem der vielen Tage der Hochzeit ging die ganze Gesellschaft ins Bad; dort wurde tüchtig gegessen. Dann ist es Sitte, daß die Frauen nach der Entbindung, etwa nach 6 Wochen, ins Bad gehen. Das war ein Fest, ein Küchelbad; man tanzte darum. Die Frauen sind aber immer unter sich.

Das deutsche Badewesen ist später sehr zurückgegangen; schuld war die Steigerung der Holzpreise, nicht die Syphilis. Man fürchtete sie nicht als Geschlechtskrankheit, sondern wegen der Uebertragung beim Schröpfen. Dazu kam der 30 jährige Krieg und die Umwandlung der Sittlichkeit. Man wollte nicht mehr nackt beieinander sitzen.

Auch im Mineralbad saß man zusammen und zwar stundenlang, um den „Badeausschlag" zu bekommen. Später benutzte man eine Badehütte, badete nicht mehr unter freiem Himmel; dann kommt das geschlossene Bad, z. B. in Bad Pfäffers; getrennt sind hier die Stände. Zum Erwärmen bediente man sich der Badewannen, die nebeneinander in einem Raume standen; sie hatten wegen des langen Aufenthaltes Kopfkissen, man aß und trank darin. So wird Pyrmont als ein Wunderbrunnen dargestellt; es galt als besonders heilkräftig gegen Ulcus cruris und Gelenkaffektionen. Sie wurden im Bade, und zwar mit dem (radiumhaltigen) Quellsinter, seit Jahrhunderten behandelt. Auch den Quelldampf, der ebenfalls radioaktive Substanz enthält, benutzt man. Hier gab es ebenfalls Vergnügen und Tanz; auch Scherzgerichte gab es.

Allmählich wurden dann die Badekuren durch die Trinkkuren beeinträchtigt. Mode.

Berliner otologische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. med. Centr.-Ztg.".)

Sitzung vom 26. April 1912.

Herr **Passow** demonstriert einen 11 jährigen Knaben, der infolge einer Verletzung einen **fast völligen Verschluß der einen Nasenseite** und eine sehr entstellende Einsenkung des Nasenrückens behalten hatte. Er stellte zuerst durch submuköse Resektion der Nasenscheidewand die Nasenatmung wieder her und beseitigte durch eine zweite plastische Operation die Einsenkung der Nase. Zu diesem Zweck wurde das häutige Septum von der Oberlippe abgeschnitten, nach oben gezogen, und nun von vorn her die Haut des Nasenrückens von dem knorpligen und knöchernen Skelett getrennt. In die so entstandene Lücke wurde ein mit Periost bekleidetes Stück von der Tibia eingeklemmt. Dann wurde die Haut wieder in ihre Lage verbracht und die Schnittstelle an der Oberlippe vernäht. Um den eingelegten Knochenkeil bis zur Heilung zu fixieren, wurden 2 Heftpflasterstreifen zu beiden Seiten des Nasenrückens aufgeklebt und vermittelst langer Michelscher Klammern miteinander verknüpft. Der kosmetische Erfolg ist bis jetzt gut.

Herr **Lehmann** stellt einige Kranke vor: 1. einen jungen Mann mit **ungewöhnlich großer Cholesteatomhöhle**, die die ganze Pars petrosa einnimmt. Man sieht vorn die Carotis pul-

sieren, hinten fühlt man die Dura des Kleinhirns. Schon vor der Operation bestand Facialislähmung.

2. demonstriert Vortr. eine 31 jährige Frau, die mit einem **fleischfarbigen, polypenförmigen Tumor der Nase,** ausgehend vom vorderen Ende der mittleren Muschel, zur Aufnahme kam. Die Untersuchung ergab ein medulläres Carcinom. Durch Operation von außen wurde alles Krankhafte bis zur Choane entfernt. Bis jetzt Wohlbefinden.

3. stellt Vortr. eine ältere Frau mit **ausgedehntem Plattenepithelcarcinom der Ohrmuschel** vor. Röntgenbestrahlung ergab nur langsame Besserung. Deshalb wurde der Tumor im Gesunden umschnitten und von demselben Schnitt aus infiltrierte Drüsen unterhalb des Ohres entfernt.

In der Diskussion sprechen die Herren **Sonntag** und **Halle.**

Herr **Wagener:** Früher haben die Operationsversuche bei **Choanalatresie** meist nur vorübergehenden Erfolg gehabt. Es lag dies daran, daß die Oeffnungen, mochten sie primär auch noch so groß sein, schnell wieder durch neugebildetes Gewebe verwuchsen. Vortragender hat nun nach dem Vorgang von v. Eicken bei einem Kind die submuköse Resektion des Septum bis an die Choane vorgenommen und von hier aus mit der Stanze die Atresie entfernt. Trotz des jugendlichen Alters war der Ueberblick gut. Die Atmung ist frei geblieben. Vortragender ist der Ansicht, daß dies die typische Methode werden wird.

Diskussion:

Herr **Kramm** äußert Bedenken, weil die Methode das Septum wegnimmt, ohne daß eine Deviation bestände.

Herr **Beyer** berichtet über einen 34 jährigen Mann, der nach langjähriger Ohreiterung mit schweren pyämischen Erscheinungen zur Aufnahme kam. Die Operation ergab ein **Cholesteatom und Thrombose des Sinus** vom Knie bis zum Bulbus. 4 Tage später Exitus. Schon vorher war eine Schmerzhaftigkeit des Nackens bei Drehungen aufgefallen. Bei der Obduktion fand sich nun ein ungewöhnlicher Befund. Die Venae condyloidea anterior und posterior waren stark entwickelt und beide durch einen Thrombus verschlossen. Ersterer hatte eine Pachymeningitis hervorgerufen, letzterer multiple Abscesse der Nackenmuskulatur erzeugt. Vortragender hebt die Seltenheit dieser Kompliationen hervor.

Herr **Levy** berichtet über einen Fall, in dem ebenfalls durch Thrombose der Condyloidea posterior eine Phlegmone der Nackenmuskulatur entstand, der aber zur Heilung kam.

Herr **Claus** berichtet unter Vorführung von Röntgenfilms des Alveolarfortsatzes über eine Reihe von Krankheitsfällen, die die überweisenden Aerzte und Zahnärzte zu der irrtümlichen Diagnose Kieferhöhleneiterung veranlaßt hatten, bei denen aber teils durch die Röntgenaufnahme, teils durch den Befund inter operationem eine **Caries im Bereich des Alveolarfortsatzes** festgestellt wurde. Er rät dringend, in diagnostisch irgendwie zweifelhaften Fällen die Röntgenaufnahme nicht zu unterlassen.

Max Levy (Charlottenburg).

---

41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 10. bis 13. April 1912 zu Berlin.

Bericht von Privatdozent Dr. M. Katzenstein (Berlin).

(Fortsetzung.)

Herr **Sticker** (Berlin): **Anwendung des Radiums in der Chirurgie.**

Vortr. hat Radium bei bösartigen Geschwülsten angewendet und die besten Resultate bei flachen Hautkankroiden gesehen. Narbenrezidive wurden günstiger, Schleimhautcarcinome weniger durch das Radium beeinflußt. Ein Fall von Sarkom des Pharynx wurde geheilt. Inoperable Tumoren können unter Umständen durch die Radiumbehandlung operabel werden. Die Radiumstrahlen wirken nach Hertwigs Angaben vorzugsweise auf die Zellkerne ein.

Diskussion:

Herr **Werner** (Heidelberg) hat in neuerer Zeit Mesothorium angewandt, weil es 300 mal wirksamer ist als Radium, und weil es in Form der Thoreinspritzungen in die Tumoren und intravenös angewandt werden kann. Er berichtet über die sichere Heilung des schweren Rezidivs eines Magencarcinoms durch Verlagerung des Carcinoms in die Bauchwand und extremste Behandlung durch Röntgenstrahlen.

Herr **Kolb** (Heidelberg) hat in einzelnen Fällen von Antimeristem einen günstigen Einfluß gesehen. Nach seiner Ansicht liegt hier jedoch keine spezifische Wirkung vor, sondern das Antimeristem beeinflußt jeden Entzündungsherd, so auch den in der Umgebung des Carcinoms befindlichen.

Herr **Werner** (Heidelberg) hat auch das Antimeristem in 60 Fällen angewandt, in einzelnen Fällen eine günstige Wirkung, in keinem jedoch eine Heilung erzielt.

Herr **Kümmell** (Hamburg) hat ebenfalls in einzelnen Fällen eine gewisse Besserung der Beschwerden, besonders bei Schleimhautcarcinomen, gesehen. Der in der Literatur als geheilt bezeichnete Fall von Schmidt war zwar eine Ulceration der Mundschleimhaut, wie jedoch die mikroskopische Untersuchung ergab, kein Carcinom.

Herr **Homuth** (Frankfurt a. M.): **Die Serodiagnose der Staphylokokkenerkrankungen.**

Vortr. berichtet über eine von ihm ausgearbeitete serologische Methode, die bei eingreifenderen Staphylomykosen in einfacher und eindeutiger Weise die Diagnose ermöglicht. Das Prinzip der Methode beruht darauf, daß der normalerweise im Menschenserum vorhandene Antitoxingehalt im Versuch nicht in Erscheinung tritt, wodurch eine exakte Beurteilung des Ausfalls der Reaktion ermöglicht wird. Das Resultat eines solchen Versuches wird demonstriert. Die Methode soll dem Chirurgen in manchen diagnostisch zweifelhaften Fällen zu Hilfe kommen, so z. B. bei perinephritischen Abscessen, chronischen Knochenerkrankungen, Hirnabscessen usw.

Herr **Dreyer** (Breslau): **Ueber Virulenzprüfung mittels intraartikularer Impfung.**

Einige Oesen einer 24 stündigen Bouillonkultur werden in Bouillon verteilt und hiervon 1—2 ccm in das Kniegelenk eines Kaninchens injiziert. Bei virulenten Staphylokokken, Streptokokken und Colibacillen entsteht danach eine Gelenkeiterung. Bei nichtvirulenten Bakterien entsteht jedoch keine Eiterung.

Herr **v. Graff** (Wien): **Experimentelle Beiträge zur Serumtherapie des Tetanus.**

Vortr. empfiehlt zur Heilung des Tetanus die intravenöse Injektion des Tetanusserums, die nach seinen Experimenten rascher wirkt und leichter anwendbar ist als die endoneurale und spinale Anwendung des Serums.

Diskussion:

Herr **Evler** (Treptow) hat von 15 Fällen 3 mit Erfolg behandelt.

Herr **Ritter** hat ebenfalls 3 Fälle geheilt und

Herr **Simon** (Mannheim) von 6 Fällen 4. Auch er hat endoneural und intravenös injiziert und große Dosen angewandt.

Herr **Franke** (Rostock): **Demonstration eines Knochentumors.**

Vortr. spricht über ein durch enorme Größe, infiltrierendes Wachstum und starke Knochenneubildung sich auszeichnendes Endotheliom der Dura mater, das innerhalb 13 Jahre sich zu einer mannsfaustgroßen Geschwulst entwickelt hatte und vor 9 Jahren zum größten Teil exstirpiert wurde. Ein erneutes Wachstum ist bisher nicht eingetreten.

Diskussion:

Herr **Pflugradt** (Salzwedel) berichtet über eine multilokuläre Knochencyste der Clavicula, wahrscheinlich ein Osteoidsarkom.

Herr **Wrede** (Jena) weist darauf hin, daß zahlreiche Tumoren, die als Sarkom betrachtet wurden, in das Gebiet der Ostitis fibrosa gehören. Er berichtet über 2 Fälle von Ostitis fibrosa am Schädel. In einem bestand anfangs nur eine Epulis am Unterkiefer, die radikal operiert wurde und nicht rezidivierte. Dagegen ging die Ostitis fibrosa am Schädel weiter.

Herr **Steinthal** (Stuttgart) weist auch darauf hin, daß viele Fälle von scheinbarem Knochensarkom nichts anderes sind als Ostitis fibrosa.

Herr **v. Haberer** (Innsbruck) hat einen Fall beobachtet, bei dem auf dem Boden einer alten Ostitis fibrosa sich ein malignes Neoplasma bildete, das, wie die Sektion ergab, zahlreiche Metastasen gemacht hatte.

Herr **Schlange** (Hannover) hat als erster diese Fälle von Ostitis fibrosa beschrieben und konservierende Operationen empfohlen. Nur in einem Falle trat nach einer langen Reihe von Jahren ein Rezidiv auf, das, wie der behandelnde Arzt, Herr Axhausen (Berlin), mitteilte, ebenfalls gutartig war und mit Resektion und Knocheneinpflanzung behandelt wurde.

Herr **Engelken** (Neunkirchen) demonstriert einen **kombinierten Injektions- und Absaugeapparat** und Herr **Nortentoft** (Dänemark) ein **neues Troicartendoskop,** mit dem man das Innere eines Gelenkes — ohne Eröffnung des Gelenkes — ableuchten kann.

Demonstrationsabend.

Herr **Jacques Joseph** (Berlin): **Zur Nasenersatzplastik.** (Mit Krankenvorstellung.)

Der Vortr. stellt in Lichtbildern zunächst zwei Fälle von traumatischer Sattelnase vor, die er durch Transplantation aus der Tibia korrigiert hat, und zwar hat er die Knochenstücke von innen eingefügt (intranasal), so daß keine äußeren Narben entstanden; ferner einen dritten Fall, eine Kombination von Sattelnase und Kurznase. In diesem Falle hat er zugleich eine Verlängerung erzielt, und zwar dadurch, daß er das Knochenstück größer schnitt, als die bisherige Entfernung zwischen Nasenwurzel und Nasenspitze. Die Einfügung des Knochens geschah hier gleichfalls intranasal. — Dann zeigte Joseph noch einen Defekt der Nasenspitze und deren Nachbarschaft (Lupus) und einen Fall von totalem Nasendefekt. Den ersteren korrigierte er durch Transplantation aus dem Arm (italienische Methode). Den zweiten gleichfalls nach der italienischen Methode und weiterhin durch Einfügung eines knöchernen Nasengerüstes aus der Tibia. Das Nasengerüst besteht im

wesentlichen aus einem 6 cm langen Knochenstück für den Nasenrücken und einem etwa 3 cm langen, das Septum darstellenden Knochenstück. Letzteres wurde zunächst in die Oberlippe eingepflanzt und dann etwa zwei Monate später mitsamt der bedeckenden Oberlippenhaut zwecks Bildung des Septums nach vorn umgekantet. Dieses Knochenstück stützt das für den Nasenrücken bestimmte Knochenstück, sichert die Profilhöhe der Nase und trägt mit zu einer wohlgestalteten Nasenspitze bei. Das Röntgenbild dieses Ersatznasengerüstes hat im Profil die Form der Nase.

Joseph gibt dann die von ihm geübte Verbandstechnik an. Er läßt nicht nur den Rumpf aus dem Verbande frei, sondern von vornherein auch die Hand und das Handgelenk. Desgleichen einige Tage nach der Operation auch den ganzen Unterarm, so daß der Patient im Verband den Arm vollständig ausstrecken kann. Er wendet keine Gips-, sondern Stärkebinden an und hat ein Netzkopflager konstruiert, in welchem der Stärkeverband in ein bis zwei Tagen hart wird, worauf die erwähnten Erleichterungen dem Patienten sofort verschafft werden können. Ferner stellt er zwei korrigierte Doggennasen vor und gibt neue Methoden für die Korrektur dieser Deformität an.

Hierauf stellt Joseph einige Patienten vor.

Herr **Eckstein** (Berlin) konnte durch Faltung der Ohrmuschel (Bildung eines künstlichen Anthelix) das **Abstehen der Ohren** beseitigen; beim gleichen Patienten korrigierte er eine Sattelnase durch Paraffineinspritzung.

Herr **Hauck** (Hamburg): An **Röntgenaufnahmen von Nieren**, deren Gefäße mit Mennige injiziert waren, zeigten sich typische Bilder: Spitzwinklige Verzweigung der Gefäße unter allmählicher Verdünnung, außerordentlich dichte parallele Gefäße in der Rinde mit kleinsten Knötchen und entsprechenden Glomerulis. An pathologischen Nieren (Schrumpfnieren, aber selbst schon bei Infektionskrankheiten) zeigen sich Abweichungen in einem oder mehreren der Punkte. Während am normalen Hund die Dekapsulation der Niere zu keiner Vaskularisierung von der Peripherie aus führt, denkt Vortr. an die Möglichkeit einer solchen unter pathologischen Bedingungen.

Herr **Levy-Dorn: Polygramme, eine neue Art Röntgenbilder zur Darstellung von Bewegungsvorgängen.** (Mit Demonstrationen.)

Um für die komplizierte und vorläufig noch unvollkommene Röntgenkinomatographie einen gewissen Ersatz und eine Ergänzung zu schaffen, bedient L.-D. sich zur Darstellung von Bewegungsvorgängen von Organen der „Polygraphie". Er exponiert auf eine und dieselbe Platte in zweckmäßig gewählten Intervallen das zu untersuchende Organ mehrere Male aufeinander und erhält auf diese Weise von dem betreffenden Organ mehrere, sich teilweise überdeckende Schattenbilder, die die verschiedenen Bewegungszustände darstellen. Es gelang, sowohl normale wie anormale Peristaltik zur Darstellung zu bringen.

Die Anwendungsmöglichkeit dieses Verfahrens beschränkt sich nicht allein auf die Diagnostik des Magens.

Herr **Immelmann** (Berlin): **Typische Röntgenbefunde aus dem Gebiete der Chirurgie des Verdauungstraktus.**

Vortr. demonstriert Röntgenbilder, die für Stenose des Oesophagus dicht oberhalb der Kardia, für Verwachsung des Pylorus mit der Umgebung (Duodenum), sowie für Ulcus typisch sind. In letzterer Beziehung macht er besonders aufmerksam auf die durch Spasmus hervorgerufene Sanduhrform des Magens und auf den durch Narbenzug usw. bedingten Sanduhrmagen.

Herr **Klose** (Frankfurt a. M.): Thymektomie hat für die ersten Monate Zurückbleiben im Wachstum und vermehrten Fettansatz zur Folge. Später tritt Kachexie auf, Störung des Kalkstoffwechsels, ähnlich wie bei der Rachitis, Spontanfrakturen, schlechte Heilung von Frakturen und Leukopenie und Hypoplasie der Keimdrüsen. Andererseits demonstriert er von pathologischen Präparaten Kompressionswirkung von vergrößerter Thymus. Akute Thymusanschwellungen finden sich bei Infektionskrankheiten usw., auch bei Unterbindung der Thyreoidea ima bei Kropfoperationen. Er demonstriert die intrakapsuläre Resektionsmethode mit Endopexie. Zum Schluß demonstriert er die Bilder von zwei Thymussarkomen, von denen das eine Basedowsymptome vorgetäuscht und zu einer Operation Anlaß gegeben hatte, während das andere durch Metastasenbildung im Muskel zum Krankheitsbilde der Myasthenia gravis (Oppenheim) geführt hatte.

An der Hand von Projektionsbildern demonstriert Vortr. die Ausführung der von ihm angegebenen Neubildung von Gelenkbändern. In einem Falle wurde bei einer sonst nicht heilbaren Luxation des Radiusköpfchens nach vorn (im Ellenbogengelenk) durch Bildung eines Lig. anulare aus der Gelenkkapsel Heilung erzielt. Die Bildung eines Lig. tibio-naviculare mit einem freien Periostlappen hat K. bei einer Zerreißung dieses Bandes mit gutem Erfolge vorgenommen.

Herr **Katzenstein** (Berlin): **Zur Gelenkbandplastik.**

Demonstration von Bildern, die darstellen: 1. Bildung eines Lig. annulare im Ellenbogengelenk bei Luxation des Radius; 2. Herstellung eines Lig. tibio-naviculare im Fußgelenk durch freie Periostlappen.

Herr **Wilms** (Heidelberg): Bei irreponiblen Hüftgelenksluxationen führt Vortr. auf Grund einer zufälligen Erfahrung zwecks einer ausreichenden knöchernen Pfannenbildung die Ablösung der Kapsel aus.

Herr **Schmieden** (Berlin) **Regenerative Vorgänge am Hüftgelenk.**

Der Vortr. bespricht die interessante und überraschend ausgiebige Wiederbildung des Hüftgelenks, namentlich seines femoralen Anteils im Anschluß an Resektionen. An einer großen Reihe von Bildern der Bierschen Klinik zeigt er, wie eine vom Periost ausgehende Regeneration ganze Teile des Trochanter major, des Halses und des Schenkelkopfes wieder aufbaut, und wie diese durch entsprechende Verbindung mit der Muskulatur wieder in den Dienst der Gelenkfunktion genommen werden. Die funktionelle Inanspruchnahme ist für diese Neubildungsvorgänge sogar von großer Bedeutung; bei eintretender voller knöcherner Ankylose fehlen Regenerationsvorgänge völlig. Aus den Röntgenbildern hebt sich besonders die ausgiebige Wiederbildung hervor, welche nach der vortrefflichen großen Hüft-Beckenresektion nach Bardenheuer vom Vortragenden beobachtet wurde, und welche zu einer unerwartet guten Funktion führen kann. Der Mechanismus ist oftmals der, daß der Trochanter minor sich in die Pfanne stellt und zu einem schenkelkopfähnlichen Gebilde auswächst; als Sustentaculum für ihn verstärkt sich sehr deutlich der obere Pfannenrand. — Die Indikationen zu den geschilderten Resektionen waren Tuberkulose, septische Vereiterung, Osteomyelitis, Schenkelhalspseudarthrose und Arthritis deformans.

Der Vortr. stellt fest, daß funktionell schlechte Resultate hauptsächlich dann entstehen, wenn zwischen Ankylose und Beweglichkeit ein unglücklicher Mittelzustand hergestellt ist, welcher zu sekundären deformierenden Entzündungen, Schmerzen und Gangbehinderung führt. Man soll sich bei der Resektion darüber klar sein, ob man auf Ankylose hinaus will oder auf pseudarthritische Beweglichkeit. Im letzteren Falle soll man subperiostal oder gar subcortical sehr viel fortnehmen; man kann sich alsdann auf erhebliche Gelenkneubildung verlassen.

Herr **Grune** (Cöln): **Demonstration von Röntgenbildern der Unterschenkelschaftsfrakturen vor und nach der Behandlung mit Rücker-Gruneschen Zügen.**

Herr Groves (Bristol) hat im Tierexperiment wie auch bei Patienten bei Frakturen durch intramedulläre Bolzung ausgezeichnete Resultate erzielt. Als Material empfehlen sich Bolzen aus Stahl oder solche aus Magnesia, die vollständig resorbiert werden.

Herr **Heile** (Wiesbaden) demonstriert Röntgenbilder nach extraduraler Injektion von Quecksilbersalzen zum Beweise, daß je nach Ort und Quantum der Injektion diese eine verschiedene Ausbreitung zeigt; durch Anwendung höheren Drucks gelangte die injizierte Flüssigkeit auch in die Wurzelscheiden. Der epidurale Raum ist durch eine Scheidewand in eine rechte und in eine linke Hälfte geteilt.

Herr **Tilmann** (Cöln): **Zur Frage des Hirndrucks.**

Auf Grund seiner Versuche am Tier, wie auch seiner Erfahrungen am Menschen, bestreitet Redner die Existenz eines normalen Hirndrucks. Was als solcher erscheint, ist der hydrostatische Druck des Liquor cerebro-spinalis und daher ganz verschieden je nach der Lage und Haltung des Tieres. Selbst bei Hydrocephalus liegen die Verhältnisse ebenso, sobald ein Teil des Liquors abgelaufen ist. Unter pathologischen Verhältnissen kommt positiver Hirndruck vor. Im epileptischen Anfall sah T. den Druck von 2 auf 50 steigen. Während bei akuter Entstehung Raumbeengungen von 5 pCt. zu Hirndruckerscheinungen führen, kann eine langsam entstehende Beengung von 14 pCt. fast symptomlos verlaufen. Oft werden Mißverhältnisse zwischen der Größe des Tumors und des Hirndrucks beobachtet. Vortr. ist der Ansicht, daß Druckvermehrung im dritten Ventrikel durch Vermittlung des angrenzenden Chiasma besonders leicht zur Bildung einer Stauungspapille führt. Blutungen führen eher zu Hirndruck, wenn sie die Konvexität, als wenn sie die Basis betreffen. Tierexperimente ergeben, daß im letzteren Falle ausschließlich das Volumen der injizierten Flüssigkeit maßgebend ist, während im ersteren Fall der von ihr ausgeübte Druck, d. h. also auch ihr spezifisches Gewicht, von Bedeutung ist. Blut und Gerinnsel sind spezifisch viel schwerer, als Hirnsubstanz. Auch negative Drucke kommen unter pathologischen Umständen vor. Man findet dann auffallende Kleinheit des Gehirns und Ausfüllung des Schädelraumes durch Flüssigkeit.

Herr **Wendel** (Magdeburg): **Meningitis serosa circumscripta cerebralis.**

Die Krankheit erfordert meist keine Behandlung, wenn sie von Affektionen der Nebenhöhle oder des Ohrs usw. ausgeht. Der Fall des Verfassers hatte eine noch nicht beschriebene Entstehung: die von der Orbita aus. Zuerst bestand eine Entzündung des Unterlides, die auf das Orbitalgewebe übergriff, Exophthalmus und Augenmuskelstörungen machte. Ophthalmoskopisch zeigte sich Venenerweiterung und leichte

Neuritis optica. Lumbalpunktion ergibt normale Verhältnisse. Da nach zwei Monaten Stauungspapillen und Hirndrucksymptome bestanden und die Lokaldiagnose auf Grund von Witzelsucht Ataxie der rechten Extremitäten und Bewußtseinsstörungen möglich war, so wurde ohne vorherige „unchirurgische" Punktion operiert. Es fand sich keine Cyste, sondern ein maschiges, durchsichtiges, imbibiertes Gewebe, das viele Punktionen erforderte. Sofort nachher trat wieder Pulsation des darunterliegenden Hirns ein; Punktionen ergaben keinen Eiter. Patient befindet sich wohl.

Herr **Henschen** (Zürich): **Diagnostik und Operation der traumatischen Subduralblutungen.**

Während die Lehre von den supraduralen Hämatomen durch Krönlein und seine Schule zu einem gewissen Abschluß gebracht worden ist, fehlt der operativen Therapie selbständig auftretender H. des Subduralraumes noch die sichere Grundlage. Mit Einschluß eigener erfolgreich operierter Fälle bringt Vortr. die pathologische und operative Bilanz über eine Zusammenstellung von 246 — worunter 166 operierte — Fällen. Bezüglich ihrer Provenienz lassen sich unterscheiden: 1. arterielle Hämatome; Blutungsquelle: Arteria mening. med., Stamm oder Aeste der Arteria fossae sylvii, Carotis cerebralis; 2. die sehr viel häufigeren venösen H., Blutungsquellen: intradurale Sinusrupturen, Abreißung Pacchionischer Granulationen, Risse der Vena jugularis interna, Zerreißungen der spinalen Venenbrücken oder Abrisse ihrer Sinusmündungen. Als Spätblutung nach wochen- oder monatelangem Intervall können sie oberflächlichen Quetschungsherden oder einer traumatischen Spätanoplexie entstammen. Weitaus die häufigste Ursache ihrer Entstehung sind die genannten Verletzungen der Piavenen, welche durch auffällig geringe Gewalt bei unversehrtem Schädel und Gehirn zustandekommen können.

Nach ihrer Lokalisation und Ausdehnung lassen sich unterscheiden: 1. primär diffuse Massenblutungen (rasch tödlicher Verlauf durch akuten Hirndruck); 2. primär umschriebene Blutungen mit Sitz peribulbär in der Kleinhirnnische (meist rasch tödlich durch Oblongatadruck) oder auf der Konvexität meist einer, selten beider Hemisphären. Die Konvexitätsextravasate verbreiten sich kappenförmig über eine ganze Hemisphäre, häufiger noch decken sie nur bestimmte Rindenfelder: a) vordere oder frontale Hirnblutungen (Risse des frontalen Venenbündels, bei linksseitigem Sitz aphatischer Symptomenkomplexe); b) mittlere oder parietale H. (Zerreißungen der Venenzüge der Vena magna cerebri sup. oder ihr ihr zugehöriger senkrecht zur Dura aufsteigender accessorischer venen-hemiplegischer Symptomenkomplexe; c) hintere occipitale H. (Gebiet der Venenzüge des Schläfenhinterhautlappens). Verlauf oft lange symptomlos, zuweilen laterale Hemianopsie, Hemianästhesie, Hemiplegie. In 43 Fällen bestand eine primäre permanente Bewußtlosigkeit bis zum Tode oder nach der Operation, in 121 Fällen ein freies Intervall mit einer Dauer von wenigen Stunden bis langen Monaten. Von den 166 Operierten konnten 113 = 68,1 pCt. geheilt werden. Die einfache Trepanation und auch die bloße Ausräumung der Cruormasse erwiesen sich als genügend. Als absolut notwendig ergibt sich die Drainage des Subduralraumes, um der Gefahr einer Wiederansammlung vorzubeugen. Die Differentialdiagnose gegenüber extraduralen H., bei längerem Intervall auch gegenüber fernerstehenden Krankheitsbildern, wie Hirntumoren, Pseudobulbärparalysen, Fettembolie, Sinusablation usw., ist oft nur durch diagnostische Schädelbohrung sicher zu stellen.

Auch die subduralen Geburtsblutungen der Neugeborenen scheinen dankbare Objekte aktiv chirurgischer Therapie.

(Fortsetzung folgt.)

IV. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Laut Verfügung des Ministers des Innern vom 10. April 1912 sind die zur Ausübung der ärztlichen Praxis in den Grenzgemeinden zugelassenen belgischen Aerzte befugt, die durch § 2 der Provinzialpolizeiverordnung für die Rheinprovinz vom 10. Juli 1909 vorgeschriebenen **Todesbescheinigungen** auszustellen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Oberarzt Dr. Woithe ist zum kaiserlichen Regierungsrat und Mitglied des Reichsgesundheitsamtes ernannt worden.

— Zu leitenden Aerzten des Auguste-Viktoria-Krankenhauses in Weißensee bei Berlin sind endgültig Dr. F. Selberg (Chirurg) und Dr. v. Domarus (Internist) gewählt worden.

Breslau. Dr. phil. et med. Hans Aron, der einige Jahre Professor der Physiologie an der medizinischen Hochschule in Manila (Philippinen) war und vor kurzem wieder nach Deutschland zurückgekehrt ist, ist als Laboratoriumsvorsteher an die hiesige Universitätskinderklinik berufen worden. Dr. Aron hat zuerst Chemie und dann Medizin studiert und war noch vor Beendigung seiner medizinischen Studien Assistent des jetzt im Ruhestande lebenden Physiologen Hermann Munk am physiologischen Institut der Berliner Tierärztlichen Hochschule.

— Prof. Goebel ist aus Afrika zurückgekehrt, wo er die tripolitanische Expedition des Roten Kreuzes geleitet hatte.

Kiel. Der Privatdozent der Dermatologie und Syphilidologie Dr. Friedrich Bering, Oberarzt der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, hat den Professortitel erhalten.

Marburg. Dr. Walter Berblinger hat sich für pathologische Anatomie habilitiert.

Gießen. An der hiesigen Universität wird ein **Lehrstuhl für soziale Medizin** errichtet und in Verbindung damit ein **Unfallkrankenhaus** (letzteres als Gesellschaft mit beschränkter Haftung) ins Leben gerufen werden.

München. Privatdozent Dr. Ernst Rüdin ist zum Oberarzt an der psychiatrischen Universitätsklinik ernannt worden.

Frankfurt a. M. Von dem Stadtverordnetenkollegium ist die Vorlage über **Errichtung einer Universität** angenommen worden.

Wien. Dr. Gustav Bondy hat sich für Otologie, Dr. Viktor Blum für Urologie habilitiert.

New York. Miß Clara Barton, die Begründerin des amerikanischen Roten Kreuzes, Inhaberin des preußischen Ordens pour le mérite wegen ihrer Tätigkeit im deutsch-französischen Kriege 1870/71 ist im Alter von 91 Jahren gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Das **Deutsche Zentralkomitee für Zahnpflege in den Schulen** hielt am 29. April unter dem Vorsitze des Herrn Staatsministers v. Möller seine ordentliche Mitgliederversammlung ab. Aus dem Geschäftsbericht ergibt sich, daß die Propaganda des Vereins vielerorts auf verständnisvolles Entgegenkommen gestoßen ist. Es hat sich die Anzahl von Schulzahnpflegestätten erheblich vermehrt, zahlreiche weitere werden eingerichtet. Auch in Bayern hat sich im laufenden Jahre ein Zentralkomitee gebildet. Gewisse Schwierigkeiten ergeben sich durch das Bestreben von Dentisten, sich in die Schulzahnpflege einzudrängen, wogegen das Komitee entsprechend einem früheren Antrage des Ministerialdirektors Kirchner daran festhält, daß die beste Versorgung der Kinder durch approbierte Zahnärzte erfolgt. Ein Antrag zur Beteiligung an der Ausstellung auf dem internationalen Kongreß für Hygiene in Washington wurde angenommen.

Danzig. Vom 17. bis 19. Mai d. J. hält der **Deutsche Verein für Volkshygiene** seine diesjährige Mitgliederversammlung in Danzig ab. Außer der Geschäftssitzung der Mitglieder, sowie der Beratung des Beirates und des Hauptvorstandes werden zwei Vorträge gehalten werden: von Geh.-Rat Ewald (Berlin) über „Hygiene des Blutes" und von Prof. Külbs (Berlin) über „Sport in seinem Einfluß auf die Entwicklung des Körpers".

München. Der zweite **Deutsche Kongreß für Krüppelfürsorge** findet in der Pfingstwoche, Mittwoch, den 29. Mai 1912, unter dem Vorsitze von Prof. Dr. F. Lange in München im alten Rathaussaale statt. An Vorträgen sind u. a. in Aussicht genommen: Dr. Bade (Hannover): „Krüppelfürsorge und Rassenhygiene": Prof. Biesalski (Berlin): „Was ist durch die Bewegung der Krüppelfürsorge in den letzten 10 Jahren erreicht worden?"; Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Dietrich (Berlin): „Wie richtet man die Krüppelfürsorge ein?"; Direktor Erhard (München): „Das bayerische Königshaus und seine Fürsorge für die krüppelhaften Kinder"; Prof. Lange (München): „Wie weit kann heute die Zahl der Krüppel durch eine rechtzeitige Behandlung vermindert werden?"; Dr. Leonhard Rosenfeld (Nürnberg): „Welche Kosten macht die Krüppelfürsorge?"; Inspektor Würtz (Berlin): „Das künstlerische Element in Unterricht und Ausbildung der Krüppel".

Wien. Die **k. k. Gesellschaft der Aerzte** hat zu Ehrenmitgliedern ernannt die Herren Ministerialdirektor Kirchner (Berlin), Hirschberg (Berlin), Uhthoff (Breslau), Angelucci (Neapel), Landolt (Paris), Generaloberstabsarzt Kratschmer (Wien), Langley (Cambridge) und Richet (Paris).

Gerichtliches.

Breslau. Eine Frau Sch., die „Bleichröders Tropfen gegen Frauenleiden" vertrieben hatte, wurde wegen **Uebertretung der kaiserlichen Verordnung vom 22. Oktober 1901** vom hiesigen Schöffengericht zu 75 M. Geldstrafe bezw. 15 Tagen Haft verurteilt. Der gerichtliche Sach-

verständige sagte in der Verhandlung aus, daß das an sich wirkungslose Präparat einen Wert von 42 Pf. repräsentiere, während es von der Firma Albert Bleichröder in Berlin-Lichterfelde an die Wiederverkäufer zu 2 M. 50 Pf. und von diesen an die Abnehmer zu 6 M. 50 Pf. verkauft wird.

Straßburg i. E. Der Inhaber eines „medizinisch-biologischen Laboratoriums für sämtliche Geschlechtskrankheiten" Kaufmann v. M. und zwei seiner Angestellten hatten sich vor dem hiesigen Landgerichte wegen **Betrugs** zu verantworten. v. M. wurde zu drei Monaten Gefängnis, die Angestellten wegen Beihilfe zu je 100 M. Geldstrafe verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. Auf der Insel Teneriffa ist zu wissenschaftlichen Zwecken eine **Beobachtungsstation für anthropoide Affen** eingerichtet worden. Der bekannte Berliner Neurologe Prof. Rothmann und Frau Selenka (München), die Witwe des verstorbenen Zoologen Prof. S., haben sich mit Unterstützung des preußischen Kultusministeriums dorthin begeben, um die nötigen Vorbereitungen zu treffen.

— In der Verwaltung des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses zur **Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit** im Deutschen Reiche sind nachstehende Veränderungen erfolgt: Herr Geh. Med.-Rat Krohne, vortragender Rat der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern, ist in das Kuratorium des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses eingetreten; Herr Prof. Dr. Leo Langstein, bisher Anstaltsdirigent, ist zum Direktor des Hauses ernannt worden; Herr Stabsarzt Dr. Hornemann, bisher Assistent am hygienischen Institut der Universität Berlin, ist als Abteilungsvorstand des hygienisch-bakteriologischen Laboratoriums kommandiert worden; Herr Dr. Thomas, bisher Assistent in der medizinischen Klinik in Leipzig, wurde zum Assistenten ernannt.

V. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen von Medizinalbeamten.

1. die Stelle des Kreisassistenzarztes und Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Düsseldorf (Remuneration 2000 M. jährlich);

2. die Stelle des Kreisassistenzarztes in Prechlau, Kreis Schlochau (Remuneration 1800 M. jährlich).

(Veröffentlicht am 1. Mai.)

Personalia.

Preußen.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: Geh. San.-Rat Prof. Dr. Rehn in Frankfurt a. M.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: den San.-Räten Dr. F. Beyer in Barmen, Dr. R. Bielitz in Lauenburg i. P., Dr. A. Dengel in Berlin, Dr. A. Edel in Wilmersdorf, Dr. K. v. Ehrenwall in Ahrweiler, Dr. N. Flaischlen in Berlin, Dr. Ph. Grubert in Falkenburg, Dr. A. Keuller in Berlin, Dr. A. Mau in Schivelbein, Dr. G. Middeldorpf in Hirschberg i. Schl., Dr. J. Müller in Bensberg, Dr. P. Schröder in Rendsburg, Dr. L. Weidenmüller in Düsseldorf, Dr. F. Wolff in Wilmersdorf, dem Arzt Dr. M. Berthold in Königsberg i. Pr. und dem Prof. Dr. A. Rosenberg in Charlottenburg.

Charakter als Sanitätsrat: den Aerzten Dr. K. Alefeld in Salzwedel, Dr. H. Aronson in Charlottenburg, Dr. Th. Aron in Neuwied, Dr. J. Bergmann in Osnabrück, Dr. F. Besser in Steinau a. O., Dr. E. Birnbaum in Friedrichsfelde, Dr. H. Bremer in Garzweiler, J. de la Bruyère in Kraupischken, Dr. K. Caspersohn in Altona, Dr. J. Cohn in Berlin, Dr. M. Cohn in Charlottenburg, Dr. J. Dinter in Brieg, Dr. H. Dittrich in Brandenburg a. H., Dr. H. Dunkelberg in Berlin, Dr. A. Ebeling in Dittmannsdorf, Dr. J. Ebner in Tilsit, Dr. J. Ehring in Aschendorf, Dr. M. Eisner in Schöneberg, Dr. R. Engelien in Bartenstein, Dr. A. Fechter in Fahr, Dr. Th. Förster in Atzendorf, Dr. O. Fritsche in Gassen, J. Gatz in Tuchel, Dr. A. Gaul in Lauenburg i. P., Dr. H. Gervais in Drengfurt, Dr. P. Gensichen in Pritzwalk, Dr. E. Gottsacker in Mayen, Dr. W. Gross in Breslau, L. Gramse in Geibsdorf, Dr. E. Haacke in Brunsbüttel, Dr. H. Hamm in Osnabrück, Dr. F. Hansch in Lauban, Dr. H. Harms in Wilhelmshaven, Dr. P. Herrmann in Landeck, Dr. A. Hesselbach in Hamm, Dr. F. Hoffmann in Salzwedel, Dr. H. Hoffmann in Schweidnitz, Dr. O. Höhlmann in Liegnitz, Dr. M. Homburg in Bederkesa, Dr. H. Howitz in Dramburg, Dr. M. Jaenicke in Görlitz, Dr. O. Jahn in Sonderburg, Dr. R. Illers in Berlin, Dr. P. Imhorst in Düsseldorf, Dr. I. Johannsen in Toftlund, Dr. F. Köller in Bevergern, Dr. P. Körner in Dom. Brandenburg, Dr. X. Köttner in Solingen, Dr. E. Kreich in Gransee, Dr. F. Kremer in Kreuznach, Dr. P. Landsberg in Breslau, Dr. J. Lazarus in Schöneberg, Dr. E. Lehfeldt und Dr. M. Litthauer in Berlin, Dr. N. Marckwald in Kreuznach, Dr. A. Marquardt in Fechenheim, L. Maschmeyer in Gildehaus, Dr. L. May in Ebersdorf, Dr. H. Mittag in Weferlingen, Dr. E. Mybs in Altona, Dr. L. Nagel in Neukölln, Dr. F. Oehlkers in Hannover, Dr. W. Oelgart in Cöln, Dr. Th. Offer in Düsseldorf, Dr. W. Olbertz in M.-Gladbach, Dr. E. Plath in Storchnest, Dr. E. Prölss in Gramzow, Dr. A. Reche in Liegnitz, Dr. Th. Ressemann in Kray, Dr. K. Röhrich in Schlawe, Dr. E. Rosenthal in Magdeburg, Dr. S. A. Rosenthal in Sayn, Dr. J. Riis in Hoyer, Dr. A. Schopp in Essen, Dr. R. Schreiber in Quedlinburg, Dr. A. Seelig in Hannover, Dr. H. Seligsohn in Magdeburg, Dr. O. Seyffert in Groß-Lichterfelde, Dr. P. Tschammer in Liebenthal, Dr. A. de Voys in Coblenz, Dr. W. Weichmann in Liegnitz, Dr. P. Weinert in Wittichenau, Dr. P. Wiesenthal in Magdeburg, Dr. A. Wittgenstein in Cassel, Dr. A. Wolff in Berlin, Dr. A. Wolfsohn in Elberfeld und O. Zander in Angern.

Prädikat Professor: Privatdozenten Dr. P. Esch in Marburg, Dr. Baumgarten in Halle a. S. und Dr. F. Bering in Kiel.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. E. Lange in Prechlau zum Kreisarzt in Wirsitz.

In den Ruhestand getreten: Kreisarzt Med.-Rat Dr. Eichenberg in Hanau.

Gestorben: Geh. San.-Rat Dr. F. Voigt in Bad Oeynhausen.

Bayern.

Ernannt: Der ordentliche Professor der Pharmacie, angewandten Chemie und chemischen Technologie an der Universität Erlangen Dr. M. Busch zum außerordentlichen Beisitzer bei dem Medizinalkomitee der Universität Erlangen; der Arzt Dr. Fr. Lucas in Reckendorf zum Bezirksarzt in Staffelstein.

Versetzt: Bezirksarzt Dr. H. Schön von Pegnitz nach Ingolstadt, Bezirksarzt Dr. O. Lauer von Riedenburg nach Schwabach.

Niedergelassen: Dr. F. Diem in Aidhausen, Bez.-Amt Hofheim, Dr. O. Kolb in Tutzing.

Verzogen: Hofarzt Dr. Mahr von Schwarzhofen, Dr. E. Stark von Regensburg nach Weiden, Dr. A. Mayer von Olching nach Taschheim, Bez.-Amt Dillingen.

Gestorben: Dr. J. Bachhammer in Palling.

Württemberg.

Ernannt: Dr. Zippritz in Cannstatt zum Leiter der Zentralimpfanstalt in Stuttgart.

Niedergelassen: Dr. E. Weiss in Gmünd.

Gestorben: Ober-Med.-Rat a. D. Dr. M. Zeller und Dr. E. Meinhardt in Stuttgart.

Baden.

Ernannt: Außerordentlicher Prof. Dr. Braus in Heidelberg zum ordentlichen Professor und zum Direktor des anatomischen Universitätsinstituts, Prof. Dr. Hahn in Königsberg i. Pr. zum ordentlichen Professor und Direktor des Hygienischen Universitätsinstituts in Freiburg i. B.

Gestorben: Med.-Rat Dr. Schatz, Bezirksarzt in Tauberbischofsheim.

Mecklenburg-Schwerin.

Auszeichnungen: Charakter als Medizinalrat: Kreisarzt Dr. Dannien in Malchin.

Titel Professor: Priv.-Doz. Dr. Kühn in Rostock.

(Ende des redaktionellen Teils.)

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang | Berlin, 18. Mai 1912 | No. 20

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

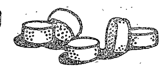
REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



81. Jahrgang | Berlin, 18. Mai 1912 | No. 20

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Kondensatormaschine,

eine transportable Maschine zur direkten Erzeugung hochgespannten Gleichstroms mittels Motor- und Handbetrieb für die Röntgentechnik.

Vortrag, gehalten auf dem 8. Kongreß der Deutschen Röntgen-Gesellschaft am 14. April 1912.

Von

Dr. H. Wommelsdorf.

Die Kondensatormaschine [1]) ist eine neue Maschine zur direkten Erzeugung hochgespannten, gleichgerichteten Stromes auf elektrostatischem Wege. Ich habe sie bereits im Jahre 1902 in den Annalen der Physik mitgeteilt. Näheres bezw. Angaben über Verbesserungen derselben finden Sie in weiteren 10 Abhandlungen von mir in dieser sowie in der Physikalischen Zeitschrift [2]).

Das charakterisierende Merkmal ist die kondensatorartige Scheibenanordnung, das kondensatorartige Ineinandergreifen aller rotierenden und festen Scheiben, bezw. statischen Felder, ein Umstand, der mich veranlaßte, der neuen Maschine bei ihrer ersten Mitteilung den Namen „Kondensatormaschine" zu geben.

Bekanntlich wird bei einer Influenzmaschine die rotierende Scheibe nur von einer Seite influenziert, während auf der anderen Seite die erzeugte Elektrizität abgesaugt wird. Im Gegensatz hierzu werden bei der Kondensatormaschine die rotierenden Scheiben von beiden Seiten influenziert, während die in den Scheiben erzeugte Elektrizität am äußersten Umfange in einer Rille der rotierenden Scheiben mittels hineinragender Stahldrähte abgeleitet wird.

Hieraus folgt, daß jede Scheibe nach der Theorie des Kondensators bezw. der Formel $C = \frac{F \cdot D}{4 \pi d} \cdot 2$ die doppelte Elektrizitätsmenge aufnimmt und liefert als eine Influenzmaschine. In der Praxis zeigte sich nun, daß durch weitere Vorteile, die mit der wirkungsvollen Anordnung der Kondensatormaschine verbunden sind, die Stromlieferung dieser Maschine noch erheblich größer ist, als man erwarten konnte. Im besonderen trägt die enge Anordnung der Scheiben dazu bei, daß man rein praktisch mit einer Kondensatormaschine wohl die 20- bis 50 fache Elektrizitätsmenge erzeugen kann als mit einer gleich großen der bisher fast ausschließlich im Handel befindlichen, mehrplattigen Influenzmaschinen mit Doppeldrehung nach Holtz-Wimshurst, die für praktische Zwecke bisher allein in Betracht kamen. Hierzu muß ich bemerken, daß die alten Holtzschen Maschinen erster Art wegen ihrer Abhängigkeit von der Witterung und der daraus resultierenden Unsicherheit im Betriebe für praktische Zwecke nicht zu gebrauchen sind.

Bei der Kondensatormaschine werden — wie ich dieses auch für die Influenzmaschinen eingeführt habe [3]) — die Sektoren zweckmäßig nicht auf der Oberfläche der Scheibe befestigt, sondern allseits in das Innere der isolierenden Scheiben eingebettet, wodurch nicht nur die Stromleistung, Spannung und Selbsterregung der Maschine erheblich vergrößert, sondern auch die Lebensdauer der Scheiben den Anforderungen der Praxis entsprechend unvergleichlich verlängert wird. Waren es doch die unaufhörlichen Ein- und Ausströmungen der hochgespannten Elektrizität von den Saugkämmen, Bürsten und Sektoren auf die isolierenden Scheiben, welche in kurzer Zeit das beste Isolationsmaterial leitend machten bezw. vernichteten.

In analoger Weise wurden von mir auch die statischen Felder der Maschine von Isolationsmaterial gänzlich eingeschlossen.

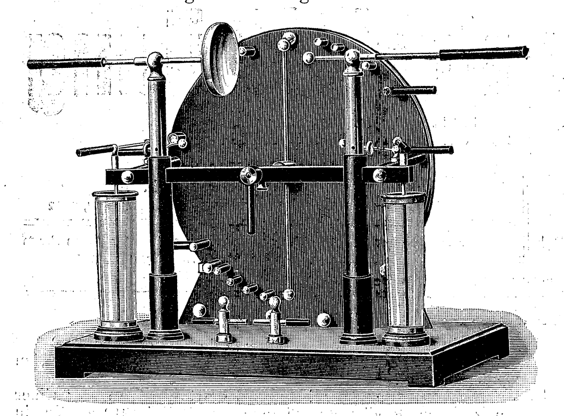
Bei einer Betrachtung der Maschine erkennt man zunächst ein allseitig geschlossenes, feststehendes, kräftiges Gestell, welches im Innern die statischen Felder trägt. Zwischen den einzelnen Feldern, also ebenfalls im Innern des Gestells, rotieren die bereits oben beschriebenen influ-

[1]) Zur Fabrikation der Kondensatormaschine bezw. zur Ausnutzung ihrer In- und Auslandspatente wurde die Berliner Elektros-Gesellschaft, Berlin-Schöneberg, Feurigstr. 54, gegründet, die mit der Lieferung Ende Mai dieses Jahres beginnen wird.

[2]) H. Wommelsdorf: Annale der Physik. 1902, 9, pg. 651; außerdem 1904, 15, pg. 842; desgl. 1904, 15, pg. 1019; desgl. 1905, 16, pg. 334; desgl. 1907, 18, pg. 601 u. 609; Physikalische Zeitschrift, 1904, 5, pg. 792, und 1905, 6, pg. 177; siehe auch Elektrotechnische Zeitschrift, 1911, pg. 1247, und 1912, pg. 124.

[3]) Annalen der Physik, 1907. 18, pg. 609.

enzierenden Scheiben. Wir sehen also, daß durch die allseits geschlossene Anordnung, die sich bei der Kondensatormaschine von selber ergab, sämtliche empfindlichen, an der Elektrizitätserzeugung mitwirkenden Teile nicht nur vor Verstaubung, sondern auch vor den sehr beträchtlichen Ausstrahlungsverlusten geschützt sind.



Daß diese überaus einfache und wirkungsvolle Maschine, die gleichsam einem sich unausgesetzt selbst ladenden und entladenden Kondensator gleicht, nicht eher dem Handel übergeben werden konnte, lag einmal daran, daß die von mir früher mitgeteilte Ausführungsform [4]) nicht zum Ziele führte, zweitens daran, daß es an einem technisch brauchbaren Isolationsmaterial fehlte. Denn die Einwirkungen der Elektrizität sowie des dabei entstehenden Ozons sind bei der Kondensatormaschine ihrer großen Leistung entsprechend derartig kräftig, daß Hartgummi, von dem man mit Rücksicht auf die hohe Spannung der Maschine nicht abgehen konnte, in kurzer Zeit leitend [5]) wurde.

Erst durch die Anwendung einer gewissen Sorte des erst seit 2 Jahren erfundenen Bakelits (künstlichen Bernsteins), mit dem ich die Hartgummischeiben allseits überzogen habe, wurde die Kondensatormaschine haltbar und technisch brauchbar. Die Bakelitschicht, die unlöslich, fest und hochglänzend wie eine Emaille auf den Scheiben sitzt, verleiht diesen eine überaus harte Oberfläche, von der sie nur mit einem Messer in Gestalt eines bernsteinartigen gelben Pulvers abgeschabt werden kann. Ein unfreiwilliges Abspringen der Schicht ist gänzlich ausgeschlossen.

Hiernach mutet die neue, so überaus einfache und sichere Stromabnahme am äußersten Umfange der Scheiben an wie das Ei des Kolumbus, im besonderen, als dadurch die Funkenlänge der Kondensatormaschine mit einem Schlage um das Doppelte vergrößert und — was man bisher allgemein bei Influenzmaschinen für unmöglich hielt — eine Funkenlänge erzielt wird, die erheblich größer ist, als der halbe Durchmesser der rotierenden Scheiben, ja die sogar bei den meisten Typen noch größer ist als zwei Drittel des Scheibendurchmessers.

Meine Herren! Bevor ich nunmehr dazu übergehe, Ihnen die Wirkungsweise der Maschine vorzuführen, möchte ich Sie noch darauf aufmerksam machen, daß die Maschine, trotzdem es heute und die Tage zuvor fast ohne Unterbrechung geregnet hat, also die ungünstigsten Verhältnisse vorliegen, sich sicher erregt.

Zunächst zeige ich Ihnen den kontinuierlichen Funkenstrom zwischen den Elektroden (Experiment). Die Funkenlänge dieser Maschine beträgt etwa 33 cm, dieser kleineren Maschine mit Scheiben von 26 cm Durchmesser 17½ cm, also mehr als zwei Drittel des Scheibendurchmessers (Experiment).

Die Entladung besteht bei abgeschalteten Leydener Flaschen aus unzähligen Verästelungen, die bei den kleineren Schlagweiten immer dichter werden und schließlich in einen zusammenhängenden rauschenden Lichtbogen übergehen (Eper.). Schaltet man die an der Maschine angebrachten Leydener Flaschen ein, so ist je nach der Größe und Zahl derselben der Funkenstrom glänzender und knallender, ohne daß er dabei an Schlagweite verliert (Exper.). In dem an der Maschine angebrachten Polarisator haben wir ein Mittel, den Nutzstrom der Maschine in einem bestimmten Moment entstehen und ebenso präzise aufhören zu lassen (Exper.). Ferner dient er dazu, den Pol der Maschine zu wechseln, wenn etwa die Röntgenröhre falsch angeschlossen ist (Exper.).

Damit komme ich zur

Anwendung in der Röntgentechnik.

Für die Röntgentechnik ist die Kondensatormaschine insofern von eminenter Bedeutung, als durch sie endlich das längerstrebte Ziel, direkt ohne Umformung, Gleichrichtung usw., hochgespannten Gleichstrom zu erzeugen, für gewisse Zwecke bezw. Röntgenleistungen erreicht ist. Was das bedeutet, weiß jeder Röntgenologe. Zunächst wird die Lebensdauer und Konstanz der Röntgenröhren, von denen die einfachsten ohne Kühlung verwendet werden können, verlängert und dadurch der Betrieb ein billigerer.

Hierzu kommt der Vorteil, daß für nicht allzu große Röntgenwirkungen bereits Handantrieb ausreicht. Die Kondensatormaschine ist daher überall, wo geeigneter elektrischer Stromanschluß fehlt, im besonderen dort, wo man auf Akkumulatoren angewiesen ist, z. B. auf dem Lande, im Kriege, für transportable Einrichtungen usw. unübertroffen. Gute Dienste wird sie auch dort leisten, wo Wechselstrom oder Drehstrom vorhanden ist, da in diesem Falle für den Betrieb des Funkeninduktors, bekanntlich eine komplizierte und kostspielige Umformung (durch Aufstellung eines besonderen Motors, sowie einer Gleichstromdynamo) oder anderweitige Gleichrichtung erforderlich bezw. empfehlenswert ist. Natürlich kann man diese Maschine ebenso gut wie von Hand, durch einen kleinen Motor für Gleich-, Wechsel- oder Drehstrom von ⅕ PS. antreiben.

Die Stromleistung beträgt bei einer Kondensatormaschine mit nur einer einzigen rotierenden Scheibe von 55 cm Durchmesser bei Mortorantrieb bereits einen halben Milliampère. Gebaut werden Typen von 4, 6, 8 und 10 rotierenden Scheiben mit entsprechender Mehrleistung. Bei der Beurteilung der genannten Stromleistung ist wohl zu beachten, daß sie für die Röntgenographie ganz anders zu bewerten ist, als die eines Funkeninduktors; denn bei der Kondensatormaschine wird die volle, bei dem Funkeninduktor nur die halbe Stromstärke (Funkenzahl) für die Erzeugung der Röntgenstrahlen ausgenutzt. Und nicht nur das: Die beim Induktor vorhandenen Ströme entgegengesetzter Richtung, die berüchtigten Schließungsströme, welche unausgenutzt bleiben, das Bild verschleiern und die Röntgenröhre erhitzen, fallen bei der Kondensatormaschine vollständig fort.

Bei all diesen Vorzügen ist außerdem der Betrieb der Kondensatormaschine erheblich einfacher als der eines Funkeninduktors; irgend ein Studium dafür ist nicht erforderlich. Dieses ergibt sich schon daraus, daß die Kondensatormaschine als ein einheitliches, bereits in sich selbständig wirkendes Organ an die Stelle des Funkeninduktors, Quecksilber- oder Wehneltunterbrechers, Stromregulators, Abzweigwiderstandes, der Sicherungen, unter Umständen auch der Volt- und Ampèremeter, Schalttafeln, Funkenständer, Akkumulatoren und bei Umformung auch des Motors, der Anlaßapparate, der Gleichstromdynamo und deren Stromregulatoren tritt. Dieser Umstand ist besonders für Nichtelektriker, wie Aerzte, Lehrer etc., wichtig, die nicht die Zeit haben, sich durch ein längeres Studium mit dem Betrieb eines großen Induktoriums vertraut zu machen.

Hand in Hand mit der großen Vereinfachung der gesamten Apparatur geht auch eine Verringerung der Anschaffungskosten.

Damit gehe ich über zur

Anwendung in der Elektrotherapie.

Auf diesem Anwendungsgebiete übertrifft die Kondensatormaschine bei weitem alles zurzeit Vorhandene.

---

[4]) Die bei dieser Ausführungsform auf einen kleinen Durchmesser angebrachten Sektorverlängerungen und achsialen Leiter bilden nach Versuchen der Berliner Elektros-Gesellschaft „Schädliche Kapazitäten“. Hieraus erklärt sich die verhältnismäßig so überaus geringe Stromleistung dieser Type gegenüber der neuen Anordnung. Außerdem verringerten die genannten Leiter nicht nur ganz erheblich die Funkenlänge der Maschine, sondern verursachten auch äußerst kräftige innere Entladungen auf den Scheiben selber, denen kein Isolationsmaterial gewachsen war.

[5]) Von der leichten Zersetzbarkeit des Hartgummis kann man sich leicht ein Bild machen, wenn man je ein Stück besten Hartgummis und mit Bakelit überzogenen Hartgummis einige Tage den Sonnenstrahlen aussetzt. Während der Hartgummi grünlich bezw. schmutzig-grau wird und sein elektrisches Isoliervermögen verliert, bleibt das mit Bakelit überzogene Stück unverändert.

Arsen-Triferrol

Zuverlässige, energische Wirkung

bei Neurasthenie, Hysterie
nervösen Erschöpfungszuständen
Anämie, Chlorose, Skrofulose
Hautkrankheiten

Keine Magenstörungen!



Literatur und Proben kostenfrei!

GEHE & Co., A.G. DRESDEN-N.

Bitte wenden!

Hier ist es ganz besonders wichtig, daß sich die Stromleistung der Maschine beliebig bis auf Null abschwächen, ja sogar genau dosieren läßt. Man braucht hierzu die Maschine nur entsprechend langsam laufen zu lassen, da die Strommenge genau der sekundlichen Tourenzahl proportional ist (Exp.). Hierin liegt ein großer Vorzug gegenüber einem großen Induktorium, das bekanntlich für kleine Leistungen nicht zu verwenden ist.

Leitet man beispielsweise mittels zweier Handhaben die Elektrizität durch den Körper, so läßt sich die physiologische Wirkung von einem kaum fühlbaren Rieseln bis zu unerträglicher Stärke ganz allmählich und genau dosierbar verändern. Dabei ist der Betrieb absolut sicher und gefahrlos, da man stets eine obere Stärkegrenze durch entsprechende Wahl der Flaschengröße sicher einstellen kann.

Ferner ist die Maschine mit zwei besonderen Polklemmen versehen, von denen man ohne weiteres auch Wechselstrom bezw. schnelle oszillatorische Schwingungen für den Betrieb mit Hochfrequenzströmen abnehmen und zur Ausübung sämtlicher Methoden nach Oudin, D'Arsonval, Apostoli usw. verwenden kann (Exp.).

Ebenso gut ist dieselbe große Kondensatormaschine zur eigentlichen Franklinisation, bezw. zur Behandlung mit statischer Elektrizität, sowie für Isolierschemelversuche verwendbar.

Bereits aus großer Entfernung machen sich infolge der großen Spannung der Maschine elektrisch geladene Teile durch ein Gefühl bemerkbar, wie man es bei der Berührung mit Spinngeweben empfindet. Wie groß diese Fernwirkung ist, möchte ich Ihnen dadurch auf optischem Wege wahrnehmbar machen, daß ich Geisslersche und Tesla-Röhren aus großer Entfernung zum Aufleuchten bringe.

Ich füge noch hinzu, daß ich die Maschine nach dem Vortrag in einem verdunkelten Nebenraum zum Vorführen von Röntgenversuchen bereithalten werde.

Meine Herren, ich glaube Ihnen hiernach zur Genüge die Wirkungsweise und Anwendungsgebiete der Kondensatormaschine erläutert zu haben. Sie haben hier eine Maschine gesehen, die zwar erst den Anfang, bezw. den Ausgangspunkt für erheblich größere Typen bildet, die jedoch bereits, so wie sie dasteht, geeignet ist, Zahnärzten bezw. bei bescheideneren Ansprüchen an Stromstärke und Kürze der Expositionszeiten vorzügliche Dienste zu leisten, während dieselbe Maschine gleichzeitig allen, auch den höchsten Ansprüchen der Röntgentherapie, Franklinisation etc. bereits vollauf genügt.

Für die Diskussion hat es Herr Dr. Immelmann in liebenswürdiger Weise übernommen, über die Anwendung der Maschine für die Röntgenologie Auskunft zu geben; technische Fragen werde ich selber beantworten.

Ein Beitrag zur Wirkung des Aponals.

Von

Dr. **Buttermilch** (Berlin).

Die günstigen Resultate, welche Huber und Simonstein mit dem von der Firma Zimmer & Co., Frankfurt a. M., hergestellten neuen Hypnoticum Aponal erzielten, veranlaßten mich, das Mittel ebenfalls auf seine Wirkung zu prüfen.

Auch ich fand, daß bei einfacher Agrypnie schon 0,5, höchstens aber 1 g genügte, um einen ruhigen Schlaf herbeizuführen. Fast nie stellten sich am nächsten Morgen störende Nebenwirkungen ein; die Patienten fühlten sich durch den Schlaf vollkommen gekräftigt.

Bei der Inflluenza, die in diesem Winter in Berlin herrschte, versuchte ich, ob auch gegen die nervösen Erscheinungen Aponal einen Einfluß hätte. Ich kam zu dem Resultate, daß die Muskel- und Nervenschmerzen in den meisten Fällen nach ¾ bis 1 Stunde verschwunden waren. Wenn die Erscheinungen nach mehreren Stunden sich auch wieder einstellten, so möchte ich doch vorschlagen, daß man besonders in den Fällen von Influenza, die länger als eine Woche sich hinziehen, neben den übrigen Specificis gegen Influenza das Aponal anwenden muß.

Bei Störungen der Darm- und Magenfunktionen, besonders auf neurasthenischer Basis, hat sich das Aponal vorzüglich bewährt.

Es soll diese Mitteilung nur ein Beitrag zu den Erfahrungen über Aponal sein, die bereits gemacht sind, und bin ich der Ansicht, daß wir in demselben ein Mittel haben, das sich den bisherigen Hypnoticis gut an die Seite stellen läßt.

II. Referate.

Innere Medizin.

Privatdozent Dr. **Max Herz** (Wien): **Herzbeengung.** (Wiener Medizin. Wochenschrift, 1911, No. 48.)

Verf. zeigt, daß es bei Klagen über Herzbeschwerden der Mühe wert ist, stets den Gesichtspunkt der Herzbeengung zu beachten, weil er unsere Therapie bereichert. Verf. hält es für recht, daß man sich immer fragt: Wie arbeitet das Herz, wie sind die Widerstände in der Peripherie? Er möchte aber, daß man in jedem einzelnen Falle sich auch die Frage vorlege: Ist nicht vielleicht das Herz von außen her durch irgendein Hindernis in seiner Tätigkeit beengt? Man kann dann in vielen Fällen noch ein gutes Resultat durch eine entsprechende physikalische oder medikamentöse Behandlung erzielen, wo die landläufige Therapie versagt hat. H. unterscheidet zwei große Gruppen: Die Gruppe derjenigen Arten von Herzbeengung, welche durch Verkleinerung des Thorax entstehen, und die zweite große Gruppe von Fällen, welche dadurch entstehen, daß das Herz sich vergrößert. Dazwischen liegen die Kombinationen beider Formen, die gar nicht so selten sind. Wenn wir Unterabteilungen machen wollen, so ist es am praktischen, es so zu tun, daß wir zunächst jene relative Thoraxenge abtrennen, welche durch unveränderliche Verhältnisse geschaffen wird. Verf. nennt diese Form die anatomische, z. B. eine nichtkorrigierbare Veränderung des Rippenskelettes wie bei Kyphoskoliose. Bei der zweiten Gruppe, wo wir ein vergrößertes Herz anzunehmen haben, entspricht dieser Form die Hypertrophie des Herzens. Wenn das Herz kolossal an Masse zunimmt und sich dadurch einklemmt, dann haben wir die anatomische Form der zweiten Gruppe vor uns. Die zweite Form der relativen Thoraxenge, die der anatomischen Form gegenübersteht, entsteht dadurch, daß die muskuläre Fixation des Thoraxskelettes nachläßt, daß der Thorax einsinkt und infolgedessen für das Herz zu wenig Raum übrig bleibt. Das ist ein ungeheuer häufiger Fall, der fast regelmäßig mißdeutet wird. Verf. glaubt mit Sicherheit nachgewiesen zu haben, daß bei Chlorotischen, bei Neurasthenikern, bei muskelschwachen Individuen überhaupt, bei Individuen, welche einen psychischen Shok erlitten haben, Beschwerden auftreten können dadurch, daß der betreffende Mensch seine stramme, gerade Körperhaltung einbüßt. Diese ist die habituelle Form der relativen Thoraxenge. In solchen Fällen ist es naturgemäß ganz und gar verfehlt, mit Eisen, Arsen usw. vorzugehen, sondern sie sind einfach orthopädisch zu behandeln. Eine Form der habituellen Herzbeengung kommt besonders häufig vor, und zwar diejenige, welche durch die Berufstätigkeit bedingt ist. Bekannt sind die habituellen Thoraxengen der Schuster. Sie müssen bei ihrer Arbeit den ganzen Tag gebückt sitzen. Indem sich die Wirbelsäule nach vorne biegt und das Sternum einsinkt, verkleinern sich die Längs- und Tiefendurchmesser des Brustkorbes und es entsteht eine dauernde Schädigung des Herzens. Auch die Zahnärzte sind diesen Schädigungen in hohem Maße ausgesetzt. Sie leiden sehr bald und intensiv an eigentümlichen Herzbeschwerden, Schmerzen in der Herzgegend und Herzklopfen. Bei ihnen ist die relative Thoraxenge dadurch erzeugt, daß sie jene eigenartige nach vorne und links gebeugte Körperhaltung einnehmen müssen, um im Munde des Patienten arbeiten zu können, und daß sie meist nur auf dem einen Beine stehen, weil sie mit dem anderen die elektrische Einschaltvorrichtung oder die Bohrmaschine bedienen müssen. Derartige Berufe sind ferner diejenigen der Rechtsanwälte, der Beamten, welche fortwährend schreiben müssen, besonders wenn sie kurzsichtig sind u. a. m.

Wenn ein solcher Mensch in die Sprechstunde kommt und über Herzbeschwerden klagt, so fällt bei der stehenden Untersuchung sofort auf, wie schlecht er sich hält. Wir haben vor allem eine Verbreiterung der Herzdämpfung nach links. Wenn man nicht an die schlechte Haltung denkt, wird man diese Verbreiterung für eine Vergrößerung des Herzens halten. Man kann sich aber sofort überzeugen, daß diese verbreiterte Herzdämpfung keiner Vergrößerung, sondern einer Verlagerung des Herzens entspricht. Wenn man den Patienten veranlaßt, so stramm als möglich zu stehen, dann sieht man sofort, wie die Herzdämpfung nach rechts rückt, und der Patient bestätigt, daß er die Erfahrung gemacht habe, daß bei gerader Körperhaltung seine Beschwerden nachlassen. Die Therapie ist ungeheuer einfach. Das Leiden ist orthopädisch zu behandeln. Der Erfolg bleibt nicht aus, wenn der Pat. die nötige Willenskraft hat. Das erste, was man ihm empfehlen muß, ist, täglich 1½—2 Stunden mit vollständig geradegestreckter Wirbelsäule spazieren zu gehen. Damit er nicht unbewußt in die schlechte Körperhaltung zurückfalle, muß man ihm äußere Hilfsmittel geben:

man läßt ihn den Spazierstock am Rücken so hinaufhalten, daß seine Spitze an die Hutkrempe schlägt. Wenn er sich nach vorne beugt, so berührt der Stock die Hutkrempe nicht mehr und das merkt der Patient. Das zweite ist eine bessere Körperhaltung bei seiner Arbeit. Bei Zahnärzten gibt es bereits bestimmte Stühle, welche ihnen eine bequemere Haltung bei der Arbeit ermöglichen. Schwieriger ist dies bei Schreibarbeitern. So ein Mensch hat die Neigung, mit herunterhängendem linken Arm zu schreiben. Das erste Mittel ist hier die Angewöhnung der Steilschrift. Zweitens muß er den linken Ellbogen heben; das erreicht man dadurch, daß man eine Schiene am Schreibtisch anbringt, die den linken Ellbogen stützt. Das beste ist, daß man ein Stehpult einführt mit recht hohem dreibeinigen Stuhl; auf dem hohen Stuhl wirkt auch das Herabsinken der Oberschenkel lordotisch auf die Wirbelsäule. Unterstützt werden diese Maßnahmen bei habitueller Thoraxenge auch noch in hohem Grade durch Atemübungen. Man trage dem Patienten auf, während des Spazierganges von Zeit zu Zeit 20 recht tiefe Atemzüge auszuführen, weil die tiefe Atmung mit einer Streckung des ganzen Thoraxskelettes verbunden ist.

Es gibt noch eine dritte Form der Thoraxenge: das ist die fakultative. Damit bezeichnet Verf. diejenige Form, welche durch vorübergehende Aenderungen, sei es am Thorax, sei es am Herzen, erzeugt wird. Im Thorax haben wir eine solche Veränderung immer dann, wenn der Thoraxraum von unten her durch den Hochstand des Zwerchfells verengt ist. Bei allen jenen Formen, wo durch den Hochstand des Zwerchfelles Beschwerden erzeugt werden, ist die abdominale Behandlung die wichtigste, z. B. die abdominale Behandlung der Arteriosklerose. Hier ist es viel wichtiger, das Abdomen zu entleeren, als vasodilatatorische Mittel, Jod usw. anzuwenden.

Eine relative Thoraxenge kann auch dadurch entstehen, daß das Herz sich vergrößert, sie tritt also immer dann ein, wenn das Herz sich bei relativ wenig umfangreichem Thorax dilatiert. Diese Herzbeengung ist sofort durch Digitalis zu beseitigen. Zum Schluß bespricht Verf. noch den Fall der Kyphoskoliose. Kr.

Fritz Gudzent (Berlin) und **Edgar Apolant** (Bad Kissingen): **Eine einfache Methode zum Nachweis von Harnsäure im Blut und in anderen colloiden Flüssigkeiten.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 13.)

Gudzent hatte früher nachgewiesen, daß die Harnsäure im Blut nur in salzartiger Bindung, und zwar als Mononatriumurat, existenzfähig ist. Sie ist demnach im Blut nur in einer dialysablen, dagegen nicht in einer nichtdialysablen, colloiden Form vorhanden. Die Verfasser wiesen dies im Dialysierversuch nach und kamen auf den Gedanken, den Dialysierversuch ganz allgemein zum qualitativen Nachweis der Harnsäure im Blut zu verwenden. Es kam nun darauf an: 1. die kleinste Blutmenge zu ermitteln, mit der ein unbedingt sicheres Resultat zu erzielen ist; 2. durch Kontrolluntersuchungen mit anderen erprobten chemischen Methoden die Zuverlässigkeit der Dialysiermethode zu prüfen; 3. die zweckmäßigste Apparatur und Technik zu ermitteln. Es fand sich, daß eine Gesamtblutmenge von 20 ccm und eine Dialysierdauer von 3 Stunden hinreichte, um ein sicher positives Resultat zu erhalten, wenn Harnsäure im Blut vorhanden ist. Man bedarf zur Anstellung der Probe: 1. eines Dialysierzylinders mit Ablaufvorrichtung und Stativ; 2. eines undurchlässigen, absolut dichten Fischblasenkondoms; 3. einer Abdampfschale. Die Probe wird in folgender Weise ausgeführt: Nachdem der Patient 2—3 Tage purinfrei ernährt worden ist, entnimmt man ihm durch Venenpunktion oder mittels Schröpfkopf mindestens 20 ccm Blut, dem zur Verhinderung der Gerinnung eine kleine Messerspitze Natriumfluorid zugesetzt wird. Alsdann gibt man in den Dialysierzylinder 40 ccm destilliertes Wasser, füllt in das Kondom 20 ccm Blut und hängt dieses so in den Zylinder, daß das Niveau des Blutes das Niveau des Wassers um einige Millimeter überragt. Man fixiert dann das Kondom durch einen Korken, der gleichzeitig den Zylinder abschließt, und läßt nun zunächst 2 Stunden bei Zimmertemperatur dialysieren. Alsdann wird durch Oeffnen des Zylinderhahns das Dialysat in die darunter stehende Abdampfschale abgelassen und die abgelaufene Flüssigkeit mit 6—10 Tropfen verdünnter HCl angesäuert. Darauf schließt man den Hahn wieder, gibt abermals 40 ccm destillierten Wassers in den Dialysierzylinder und läßt wiederum 2 Stunden dialysieren. Nachdem man nach dieser Zeit das Dialysat hat ablaufen lassen, gibt man ein drittes Mal 40 ccm destillierten Wassers in den Dialysierzylinder. Nach 2 Stunden wird schließlich auch das dritte Dialysat in die Abdampfschale gelassen. Die in der Abdampfschale befindlichen 120 ccm Flüssigkeit werden nun auf dem Wasserbad vorsichtig bis zur Trockene eingedampft und an dem Rückstand wird direkt in der Schale die Murexidprobe angestellt. Letzteres geschieht folgendermaßen: Zu dem Rückstand werden einige Tropfen verdünnter Salpetersäure zugesetzt und auf dem Wasserbade verdampft. Dann läßt man etwas erkalten, gibt einige Tropfen Ammoniak in die Schale und dampft nun abermals vorsichtig ab. Ist Harnsäure vorhanden, so färben sich Teile des Rückstandes schön purpurrot. Bei Zusatz von Natron- oder Kalilauge tritt ein Farbenumschlag in rötlichblau oder violett auf. — Die Methode eignet sich nur zur qualitativen Bestimmung der Harnsäure im Blute. R. L.

Dr. med. et phil. **S. R. Klein** (Valhalla, N. Y.): **The urine in its pathological relations to gout.** (New York Medical Journal, 20. Januar 1912.)

Verf. macht auf einen abnormen Befund aufmerksam, den er kürzlich bei dem Urin eines Gichtkranken erhob. Der Harn, vom spez. Gewicht 1038, frei von Eiweiß und Zucker, mit normalem Indikangehalt, enthielt außergewöhnlich große Mengen von Urobilin und Uroerythrin. Verf. erinnert ferner daran, daß man bei chronischer Gicht häufig Eiweiß im Urin findet, nach seiner Erfahrung in 80 pCt. der Fälle. Des weiteren wird auseinandergesetzt, wie man durch systematische Harnuntersuchungen die Diagnose der Gicht sichern kann. Setzt man einen Gesunden eine Zeitlang auf purinfreie Diät und läßt ihn dann ein purinreiches Mahl, z. B. eine Schüssel Kalbsmilch, nehmen, so erfolgt plötzliches Steigen des Harnsäuregehalts, indem der normale Organismus sich der überschüssigen Harnsäure schnell entledigt; beim chronisch Gichtkranken steigt der Harnsäuregehalt des Urins nur wenig; die Ausscheidung der zu viel gebildeten Harnsäure geht nur langsam vor sich. Während eines Anfalls, der Exazerbation der chronischen Gicht, beobachtet man dagegen reichliche Harnsäureausscheidung, auch bei vollständig purinfreier Diät. — Zur bequemen Bestimmung der Harnsäure empfiehlt Verf. als für praktische Zwecke hinlänglich genau das Purinometer von Walker Hall, in welchem die Harnsäure mittels Magnesiumchloridlösung und ammoniakalischer Silberlösung gefällt wird und der Harnsäuregehalt aus der Höhe des Präzipitats ähnlich wie beim Esbachschen Albuminimeter abgelesen wird. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **E. Schreiber** (Magdeburg): **Ueber Neosalvarsan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 17.)

Verf berichtet über seine klinischen Erfahrungen mit einer neuen, von Ehrlich dargestellten Salvarsanverbindung, welche den Namen „Neosalvarsan" erhalten hat. Die Substanz entsteht durch Kondensation des formaldehyd-sulfoxylsauren Natrons mit Salvarsan. Das Neosalvarsan ist ein gelbliches Pulver, welches sich sehr leicht in Wasser zu einer vollkommen neutralen Lösung löst, somit ist eine Neutralisation durch Natronlauge nicht erforderlich. Da in dem Neosalvarsan die Formaldehydsulfokomponente enthalten ist, ist das Neosalvarsan höher zu dosieren als das Salvarsan; 1,5 Neosalvarsan entsprechen 1 Salvarsan. — Die Dosis tolerata für das Kaninchen beträgt 0,2 gegen 0,08 beim Salvarsan. Verf. hat bisher an 230 Patienten etwa 1200 Injektionen von Neosalvarsan ausgeführt. Um die Lösung herzustellen, gießt man das Präparat aus den Ampullen direkt in frisch destilliertes steriles Wasser, schwenkt ein paarmal um und hat sofort eine gebrauchsfertige Lösung. Ein kräftiges Schütteln ist durchaus zu vermeiden, weil dadurch leicht die Oxydation eintreten könnte; die Lösung ist kurz vor der Injektion herzustellen. Bei Verwendung von NaCl-Lösungen dürfen nur schwächere Konzentrationen bis zu 0,4 pCt. verwendet werden, weil durch Zusatz von stärker konzentrierter NaCl-Lösung leicht Trübungen entstehen. Auch schien das Präparat in starker konzentrierter Lösung giftiger zu sein. Die Lösung darf nicht nachträglich erwärmt werden, weil auch dadurch eine Oxydation eintreten könnte. Verf. benutzte zur Lösung Wasser bis zu 20°; zur intravenösen Injektion löst er 0,6—1,5 Neosalvarsan in 200 bis 250 ccm Wasser. Was die Dosierung anlangt, so werden von mittelstarken Männern 1.5, von ebensolchen Frauen 1,2 glatt vertragen. Um im Anfang möglichst große Dosen einzuführen, hat Verf. in letzter Zeit folgendes Behandlungsschema eingeführt: 1. Tag 0,9 Neosalvarsan, 2. Tag injektionsfrei, 3. Tag 1,2, 5. Tag 1,35, 7. Tag 1,5. Bei ganz kräftigen Männern gibt Verf. jedesmal 1,5, also innerhalb 7 Tagen 6 g Neosalvarsan. Bei schwächlichen Personen wird man die Dosen entsprechend geringer wählen. Die Kontraindikationen sind dieselben wie beim Salvarsan. Die klinischen Erfolge sind die gleichen wie beim Salvarsan, vielleicht noch besser. Die Nebenwirkungen sind geringer, zumal Magen-Darmstörungen treten viel seltener auf. Die typische Temperatursteigerung tritt nur nach der ersten Injektion auf, nach den wiederholten Injektionen treten nur ausnahmsweise Temperatursteigerungen auf. Albuminurien wurden niemals beobachtet; gelegentlich trat vorübergehend Urobilin auf. Etwas häufiger sah man Arzneiexantheme, die etwa zwischen dem 8. und 12. Tage auftraten. — Verf. wendet in Kombination mit Neosalvarsan Quecksilberkuren an, in tertiären Fällen daneben auch Jodpräparate. Bei allen exzidierbaren Schankern rät er dieselben zu entfernen. — Für intramuskuläre Injektionen empfiehlt es sich, eine Lösung von 1,5 : 20 zu verwenden. Man kann, um die an-

fänglichen Schmerzen zu mildern, vorher 5 ccm einer ½ proz. Novocainlösung einspritzen, die Kanüle stecken lassen, um durch dieselbe nach wenigen Minuten die Salvarsanlösung einzuspritzen. Erhebliche Infiltratbildungen oder gar Nekrosen wurden nicht gesehen, nur gelegentlich in den ersten Tagen ein pralles Oedem, das aber kaum schmerzhaft ist und auch bald zurückgeht. Das Neosalvarsan subkutan zu injizieren, widerrät Verf. auf Grund seiner Erfahrungen dringend. R. L.

Prof. Dr. **E. Rautenberg: Acetylkresotinsäure als Antirheumaticum.** Aus der inneren Abteil. d. Kreiskrankenhauses Berlin-Gr.-Lichterfelde. (Berliner med. Klinik, 1912, No. 14.)

Die unerwünschten Nebenwirkungen sämtlicher Salicylpräparate und die bei zahlreichen Patienten vorhandene, oft unüberwindliche Scheu vor „Salicyl" in irgendeiner Form, haben das Verlangen nach einem salicylfreien Mittel von gleich souveräner antirheumatischer Wirkung immer lebhafter werden lassen. Das Ziel der darauf gerichteten Bestrebungen scheint nun mit dem vom Verfasser eingehend geprüften Präparat der Firma Goedecke & Co. (Leipzig), der Acetylkresotinsäure, Ervasin genannt, erreicht zu sein. Das Mittel wurde an 46 Patienten der inneren Abteilung des Krankenhauses bei rheumatischen und neuralgischen Affektionen eingehend geprüft. Das Ervasin wird aus der Kresotinsäure, einem Homologon der Salicylsäure, durch Anfügen der entgiftenden Acetylgruppe dargestellt, bildet somit eine Acetylkresotinsäure. Nach Untersuchungen von Dr. P. Jeserich ist dies eine chemisch einheitliche Verbindung, die in vierseitigen Prismen kristallisiert, in Aether, Alkohol, Chloroform löslich, in Wasser unlöslich ist. Tierversuche an Kaninchen ergaben, daß das Präparat noch etwas weniger giftig als das Aspirin ist. Der Geschmack des „Ervasin" ist nur ein leicht säuerlicher, angenehmer als der des Aspirin. Das Mittel wurde gut vertragen und verursachte keine Störungen des Appetits, keine Uebelkeit, kein Gefühl von Ohrensausen. Die Resorption des Ervasin ist eine sehr schnelle, da die charakteristische Eisenchloridreaktion im Harn bereits nach 25—30 Minuten auftritt. Wiederholte Untersuchungen des Urins haben weiterhin die Gewißheit ergeben, daß das Präparat in der üblichen Menge von 4—6 g keine Nierenschädigung hervorruft; es kann selbst in hohen Dosen von 8—10—12 g lange schadlos verabfolgt werden. Zur Behandlung kamen 30 Fälle von akutem und subakutem Gelenkrheumatismus, 9 Fälle mit neuralgischen Beschwerden, 7 Fälle mit Muskelrheumatismus. Aus der prompten Wirkung des Ervasin auf den Gelenkrheumatismus läßt sich die therapeutische Wirksamkeit des Präparates am besten beurteilen. — Die Erfolge waren außerordentlich befriedigende und günstige, nur bei ganz schweren Erkrankungsfällen mußte das Natrium salicylicum zur Anwendung kommen. Bei sehr schwerer Polyarthritis wurde jedoch an Stelle des Natrium salicylicum zeitweise Ervasin gegeben, um die von dem Salicyl hervorgerufene Reizwirkung auf die Nieren zu umgehen. Dem Aspirin konnte die Wirksamkeit des Ervasin durchaus gleichgestellt werden: 22 Fälle von Gelenkrheumatismus wurden in zufriedenstellender Weise beeinflußt. Das Ervasin wurde von den Patienten gern genommen. Auch bei anderen rheumatischen Erkrankungen (Neuralgien, Myalgien) war die Wirkung des Ervasin eine durchaus befriedigende. Das Präparat wird in Originalgläsern von 10 und 20 Stück à 0,5 g in den Handel gebracht. H.

Dr. **Jos. v. Ehrenwall: Ueber Adalin und seine Verwendung, mit besonderer Berücksichtigung der Nerven- und Geisteskranken.** Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik in Freiburg i. Br. Direktor: Prof. Dr. Hoche. (Therap. Monatshefte, 1912, No. 4.)

Die gesamte Literatur, die der Verf. bespricht, braucht an dieser Stelle um so weniger wiedergegeben zu werden, als hierüber genügend oft referiert wurde. Er selbst hat es in der Klinik an etwa 70 verschiedenen Fällen erprobt und, um jegliche suggestive Wirkung auszuschalten, auch ohne Wissen der Patienten verabreicht. Hier bewährte es sich ganz besonders gut bei der Bekämpfung der Erregungszustände und Schlaflosigkeit der Neurastheniker in leichten bis mittelschweren Fällen. Um beispielsweise die innere Unruhe, die Angstbeschwerden, die hypochondrischen Vorstellungen, Schwindelgefühle wirksam zu bekämpfen, reicht man am zweckmäßigsten das Mittel in kleineren Dosen von ¼ bis ½ g einige Male am Tage. Will man dagegen das Adalin als Einschläferungsmittel reichen lassen, dann läßt man im Gegensatz zu der sedativen Dosis das Mittel gleichzeitig mit heißer Flüssigkeit nehmen und hat die besten Erfolge mit Einzelgaben von 2 bis 4 Tabletten bezw. 1 bis 2 g. Der Schlaf ist tief und erfrischend, nach vorzeitigem Erwachen erfolgt bald wieder schnelles Einschlafen. Nebenerscheinungen wurden so gut wie gar nicht beobachtet; eine Gewöhnung an das Mittel bezw. ein Reizhunger darnach trat nicht auf. Alle übrigen Mitteilungen des Verfassers bieten nichts Neues. Zusammenfassend empfiehlt er das Mittel insbesondere für die Erkrankungen bei Kindern und Greisen, dann auch bei Alkoholisten und Schwangeren, ferner bei Psychosen, die mit organischen Erkrankungen, besonders Herzfehlern, vergesellschaftet sind. In den Fällen, in denen nach einer Stunde Schlaf nicht eintritt, gibt Verfasser sofort noch einmal die gleiche Dosis des Präparates. F.

Fr. R. Alberts (Kiel): **Ein neues Lokalanästheticum — Cycloform — in der Behandlung der Beinleiden.** (Aerztliche Rundschau, 1912, No. 11.)

Cycloform gehört im Gegensatz zum Kokain zu denjenigen Anästheticis, die in Wasser fast unlöslich sind und nur auf der Hautoberfläche wirken. Dadurch wird eine recht intensive Lokalwirkung hervorgerufen, die jedoch nicht sofort einsetzt, dafür aber um so protrahierter ist.

Verfasser verwendet das Präparat seit längerer Zeit als Streupulver bei Unterschenkelgeschwüren und hat bei guter anästhesierender Wirkung niemals eine Reizerscheinung bezw. Gangrän beobachtet, wie sie nach ähnlichen Präparaten auftritt. Gewöhnlich wird Cycloform, nachdem das Unterschenkelgeschwür gereinigt ist, mit einem Pinsel aufgepudert. Eine Benachteiligung der Wundheilung wurde nie beobachtet.

Dr. **W. D. Nikolskaja: Ueber Arsenferratose Boehringer.** (Terapewtitscheskoje Obozronie, 1912, No. 3.)

Auf Grund der Beobachtungen an 50 Kranken in der St. Petersburger Privaten geburtshilflich-gynäkologischen Heilanstalt (Direktor: Dr. Koroleff), die sich besonders auf anämische Zustände verschiedener Art, besonders nach Operationen und überstandener Geburt, und allgemeine Schwäche, Appetitlosigkeit, Nervosität, beziehen, betrachtet Verf. die Arsenferratose als ein Mittel, welches schnell das Allgemeinbefinden, den Appetit und die Ernährung bessert und das Körpergewicht hebt. Nur in zwei Fällen machten sich infolge früher überstandener Erkrankungen Magen-Darmstörungen geltend, sonst wurde das Präparat stets, auch von Kindern, ausgezeichnet vertragen. Vier weitere Patientinnen, bei denen eine möglichst schnelle Resorption pathologischer Produkte erwünscht war, wurden mit Jodferratose behandelt. Der Erfolg war in allen vier Fällen durchaus befriedigend. B.

Nach den Erfahrungen von Dr. **B. Agricola** (Hannover), die mit denen anderer maßgebender Autoren übereinstimmen, setzt bei augenärztlichen Operationen eine präventive Einspritzung von 1 ccm **Scopomorphin** „Riedel" die das Leben und den Erfolg der Operation bedrohenden Zwischenfälle ihrer Häufigkeit und Gefährlichkeit nach sehr bedeutend herab. Das eine Stunde vor der Operation zu injizierende Scopomorphin versetzt die Patienten in eine Art Dämmerzustand; der Kranke kommt nicht aufgeregt, sondern mit ausgeruhtem Herzen und Nervensystem zur Operation. Zur oberflächlichen Narkose, also zu allen nicht mit einer breiteren Eröffnung des Bulbus einhergehenden und nicht zu schmerzhaften Eingriffen, genügt in den meisten Fällen Aether, nur für Tiefnarkosen und bei jugendlichen und besonders kräftigen Individuen muß man den Aetherschlaf durch Hinzufügen von etwas Chloroform vertiefen. Die Scopomorphin-Mischnarkose scheint berufen, wegen ihrer relativen Ungefährlichkeit, ferner wegen ihrer großen Annehmlichkeit gerade für den augenärztlichen Operateur, sowie wegen ihres humanen Charakters die alte unkombinierte Inhalationsnarkose mehr und mehr zu ersetzen, zum Vorteile des Operateurs und zum Segen des Patienten. (Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1912, H. 2, S. 187.) —l.

Physikalische Therapie (einschließlich Radiotherapie), Mechanotherapie.

Prof. Dr. **Vinzenz Czerny** und Dr. **Albert Caan** (Heidelberg): **Ueber die Behandlung bösartiger Geschwülste mit Mesothorium und Thorium X.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Die Verfasser haben im Heidelberger Samariterhaus umfassende Versuche in Betreff der therapeutischen Wirkung des von O. Hahn entdeckten Mesothoriums auf bösartige Neubildungen angestellt. Das Mesothorium ist das erste Umwandlungsprodukt des Thoriums. Zerfallsprodukte des Mesothoriums sind das Radiothor, das Thorium X, die Emanation, Thorium A, Thorium B, Thorium C, Thorium D. Das technisch hergestellte Mesothorium, dessen Ausgangspunkt der in Brasilien vorkommende Monazitsand ist, enthält fast immer Radium in einem bestimmten Prozentsatz (nämlich Mesothor : Radium = 3:1). Während reines Mesothor nur β- und γ-Strahlen emittiert, bedingt der Radiumgehalt des technisch hergestellten Mesothoriums, daß auch ein gewisser Prozentsatz α-Strahlen vorhanden ist, zu dem im Laufe der Zeit noch ein großes Quantum von α-Strahlen des aus dem Mesothor entstehenden Radiothors hinzutritt, so daß die α-Aktivität sehr hohe Werte erreicht. Die Applikation des Mesothoriums geschah in Kapseln aus Kautschuk oder Silber, deren eine Seite mit einer Glimmerplatte resp. mit einem Silberblech von 0,1 mm Dicke gefenstert war; einige Präparate befanden sich in Silbertuben.

Die zur Anwendung gelangenden Mengen betrugen 10, 20 und 50 mg. — Bei der lokalen äußeren Applikation ergaben sich Wirkungen, wie sie bereits bei der Radiumbehandlung maligner Tumoren beschrieben wurden. Die Mesothoriumpräparate leisteten dabei mindestens dasselbe wie die bisher gebrauchten Radiumpräparate. Die Oberflächenwirkung scheint sogar stärker zu sein; auch tritt die reaktive Wirkung des Mesothoriums im Gegensatz zu der des Radiums schon sehr bald (etwa nach 2 mal 24 Stunden) nach der Applikation auf. Für oberflächlich sitzende Geschwüre, Angiome, Lupus, Keloide dürfte das Mesothorium dem Radium überlegen sein. Hinsichtlich der Tiefenwirkung unterscheidet sich das Mesothorium kaum vom Radium. Bei Carcinomen kommt es zu einer lymphoiden Infiltration, sodann zu Bindegewebswucherung auf Kosten des carcinomatösen Gewebes. Während sich Lupus und Angiom nach der Mesothoriumeinwirkung schnell zurückbildeten, verhielten sich Carcinome und Sarkome mehr refraktär. Bis haselnußgroße Metastasen in oder unter der Haut wurden durch die Mesothoriumbehandlung kleiner, ja sie verschwinden manchmal ganz. Bei großen, infiltrierenden, oberflächlich liegenden Krebsen entstand Nekrose, Zerfall, gesunde Granulationsbildung in der Tiefe, Epidermisierung vom Rande her. Ein Weiterwuchern in der Tiefe konnte nicht immer verhindert werden. Von 32 Fällen mit Mammacarcinomrezidiv zeigten 19 eine deutliche subjektive und objektive Besserung, während die übrigen wenig oder überhaupt nicht beeinflußt wurden. Die Applikation des Mesothoriums geschah in der Weise, daß die Kapsel mit einem 4—8 fachen Stanniol- oder auch mit einem 1—3 mm dicken Bleifilter mehrere Stunden (bisweilen 12 bis 24 Stunden) auf die Knoten aufgelegt wurde. Hierbei war allerdings die Tiefenwirkung geringer als in den Fällen, in denen das Mesothorium unfiltriert oder nur mit einer Lage Stanniol bezw. mit einem dünnen Gummiüberzug aufgelegt wurde. Hier kam es, allerdings auf Kosten einer bisweilen erheblichen Verbrennung und Ulceration der Haut, zu einer vollständigen Einschmelzung der Knoten. Die Knoten verschwinden übrigens relativ spät, in der Regel 2—3 Monate nach der Applikation des Mesothoriums. Von Gesichtscarcinomen kamen 6 zur Behandlung. In 4 Fällen zeigte sich eine günstige Beeinflussung, indem bestehende carcinomatöse Ulcerationen nach relativ kurzer Zeit nekrotisch zerfielen und gesunde Granulationen sich bildeten. Zur Behandlung von Oesophaguscarcinomen wurden eigens Sonden angefertigt. Es wurde ein Instrument konstruiert, welches die Einführung und das Liegenbleiben (bis zu 2 Stunden) eines 20 mg Mesothorium enthaltenden, von einem Celluloidmantel umgebenen Silberröhrchens an der gewünschten Stelle gestattete. In 4 Fällen von Oesophaguscarcinom (unter 10) wurde auf diese Weise eine erhebliche Besserung erzielt. Außerdem wurden noch eine Reihe von Carcinomen anderer Organe bestrahlt und teilweise gebessert. Aber es kamen auch Mißerfolge vor. Auch einige Sarkome wurden günstig beeinflußt. Durchaus refraktär verhielten sich die Lymphosarkome. — Außer mit Mesothorium wurden auch mit Thorium X (in physiologischer Kochsalzlösung gelöst) Versuche angestellt. 1 ccm dieser Lösung enthält schätzungsweise 10,5 mg Thorium X und hat eine Aktivität von 1—3 Millionen Macheeinheiten. Die Wirkung des Präparats gründet sich darauf, daß unmittelbar aus dem Thorium X die Thoriumemanation entsteht, welche sich durch Diffusion etwas von dem Orte des Depots entfernt und selbst bei ihrem Zerfall sehr kräftig strahlt, sowie kräftig strahlende Produkte schafft. Tierversuche ergaben, daß diese Thorium-X-Lösung sehr giftig ist. Ratten und Kaninchen, denen 1—2 ccm davon intravenös injiziert wurden, starben; dagegen wirkte ½ ccm noch nicht letal. Das Thorium X wurde bisher bei 36 Fällen angewendet, und zwar bei 31 Carcinomen und 5 Sarkomen. Die Applikation geschah intratumoral, intravenös oder gleichzeitig auf beide Arten. Die intratumorale Einverleibung (1 ccm) wurde im allgeminen gut vertragen. Es kam gewöhnlich 24 Stunden nach der Injektion zu einer lokalen Reaktion, welche in einigen Tagen abklang. Der Anschwellung folgte meist eine Verkleinerung der Geschwülste, welche mit einer bindegewebigen Induration, zuweilen auch mit einer hämorrhagischen Verflüssigung einherging. Nach der intravenösen Einverleibung von 1 ccm Thorium X traten vorübergehend Nebenwirkungen (Brechreiz, Appetitlosigkeit, Schwindelanfälle) auf. Oefter trat darnach eine vorübergehende, mit Rötung und Schmerzempfindlichkeit verbundene Anschwellung des Tumors und seiner Umgebung auf, die alsdann einer Schrumpfung und Verhärtung der Geschwulst Platz machte. Mehrfach wurde deutliches Kleinerwerden von Tumoren, Hebung des subjektiven Befindens beobachtet. R. L.

Dr. med. **F. Wehmer**, Chefarzt der Brehmerschen Heilanstalt in Görbersdorf: **Inhalationen bei der Phthisiotherapie.** (Medizin. Klink, 1911, No. 52.)

Verf. äußert sich über die Brauchbarkeit von Inhalationen bei der Behandlung der chronischen Lungentuberkulose. Je nach dem Aggregatzustand, in welchem Inhalanda den Luftwegen zugeführt werden, haben wir 1. feste (Pulver-) Inhalationen, 2. Flüssigkeits- (Dampf-) Inhalationen, 3. Gasinhalationen. Was nun die Indikationen zur Anwendung von Inhalationen bei der Phthisiotherapie betrifft, so werden nach Verf. die anfangs erwähnten Pulverinhalationen ihren Platz noch immer da behaupten, wo schwere Larynxulcerationen ärztlicher Behandlung entbehren müssen. Flüssigkeitsinhalationen werden in jeder Form sowohl direkt wie indirekt erschwerte Expektorationen und hartnäckige Sekretstauungen günstig beeinflussen. Der direkten warmen Inhalation ist die indirekte Gesellschafts- oder Raumverstäubung (Dunsthalle) vorzuziehen. Der Aufenthalt in Inhalationsräumen wirkt außerordentlich nachhaltig und erfrischend bei phthisischen Katarrhen. Auch der Reizhusten, wie er auch ohne schwere Beteiligung des Larynx häufig trotz aller Energie seitens des Patienten für ihn zur Qual wird, findet wohltuend Beeinflussung durch Verflüssigung zäher Sekretmassen und die angeregte Arbeit der Schleimhäute. Als Ersatz indirekter Inhalationen sind für kurze Zeit, niemals aber über drei bis vier Tage hinaus, bei den genannten Zuständen auch warme direkte Inhalationen angebracht, weniger aber bei dem die Lungenerkrankungen so häufig begleitenden chronischen Rachenkatarrh. Letzterer findet neben der notwendigen örtlichen Behandlung eine günstige Beeinflussung durch kalte Inhalation von Adstringentien, Narkoticis und Balsamicis einzeln oder je nach Bedarf kombiniert und durch Preßluft vergast. Letztere Medikation ist auch gegenüber allen Formen der Kehlkopftuberkulose angebracht, mehr als warme, entzündungsfördernde Inhalationen. Durch Vergasung ätherischer Oele, am besten mit örtlich wirkenden Narkoticis, kann anhaltendes Schluckweh oftmals auf Stunden schwinden, so daß regelmäßige Nahrungszufuhr ermöglicht wird. Endlich wird der den Phthisiker häufig begleitende lästige Foetor ex ore beseitigt oder doch verdeckt durch Inhalationen in jeder Form.

Den Inhalationen fällt also eine keineswegs unwichtige Aufgabe bei der Behandlung der Tuberkulose zu. Von vornherein ist aber der Effekt begrenzt, den wir erhoffen dürfen, weil wir nur auf bestimmte Symptome des gesamten Krankheitsbildes mit den Inhalationen einwirken können. Ein Idealmittel würden die Inhalationen nur dann sein, wenn wir mit ihnen direkt die Toxine beeinflussen könnten. Kr.

Dr. **Lilienstein** (Bad Nauheim): **Der unblutige Aderlaß [Phlebostase].** (Med. Klinik, 1912, No. 6.)

Bei Herzkompensationsstörungen wendet L. seit 2 Jahren Stauung in den Armen (und Beinen) mittels Recklinghausenscher Binden an. Dieses Verfahren führt zu denselben Resultaten wie der Aderlaß, ohne indessen die Nachteile zu haben, die aus dem Blutverlust bei letzterem resultieren. Im Gegensatz zu den neuerdings von Tornai, Dangschat, v. Tabora u. a. beschriebenen Methoden eignet sich das Verfahren des Vortr., die Phlebostase, zur Anwendung in der Sprechstunde.

Die Hohlbinden werden möglichst hoch oben an den Extremitäten angelegt und der Druck bis zum Verschwinden des Pulses auf ca. 100—150 mm Hg gesteigert. Nach 2 bis 3 Minuten läßt man das Blut wieder einströmen und wiederholt diese Prozedur 3—5 mal. Hierbei tritt keine Veränderung der Puls- und Atemfrequenz auf. An den nicht umschnürten Extremitäten bleibt der Blutdruck unverändert. (Offenbar greift das vasomotorische Nervensystem und die Medulla oblongata hier regulierend ein.) Nur der bei Herzinsuffizienz erhöhte Venendruck geht nach v. Tabora auf die Norm zurück. Die Cyanose wird geringer. Der 2. Pulmonalton wird schwächer, falls er verstärkt war. Subjektiv bessert sich nach peripherer Blutstauung (Phlebostase) sofort das Allgemeinbefinden: Kardiale Dyspnoe, Angstgefühle, psychische Depression, Kopfschmerzen, Herzklopfen werden geringer. Der Schlaf stellt sich häufig sofort ein.

Indiziert ist diese Behandlung also bei allen Zirkulationsstörungen, Herzschwäche, bei Arteriosklerose, Kongestionen, Kopfdruck, Neigung zu Apoplexien, urämischen Zuständen und den so häufigen nervösen Erregungszuständen depressiver Art bei organischen Herzkranken. Ganz besonders auffallend ist die sofortige Wirkung bei kardialer Dyspnoe. Von diagnostischem Wert ist die Erfahrungstatsache, daß Oppressionsgefühl, Kopfdruck, Globusgefühl und andere funktionellen Störungen hingegen durch die periphere Stauung nicht beeinflußt werden.

In den meisten Fällen dauert die Wirkung 3—10 Stunden, in anderen mehrere Tage lang an. Bei einzelnen Fällen blieben Erscheinungen der genannten Art, die vorher kontinuierlich bestanden hatten, während der beobachteten Zeit (4 bis 6 Wochen) dauernd fort. Eine Dauerwirkung war ferner bei täglich bezw. jeden 2. Tag wiederholter Phlebostase auch objektiv (auf den Spitzenstoß, Leberdämpfung, Cyanose usw.) zu konstatieren.

Der Phlebostat — so nennt Verf. das zur Phlebostase gehörige Instrumentarium — darf nur unter strengster und ständiger ärztlicher Kontrolle angewandt werden. A.

Dr. **Erich Klose** (Zwickau): **Erfolge der orthopädischen Behandlung der spinalen Kinderlähmung.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 13.)

Die Aufgabe der orthopädischen Behandlung der spinalen Kinderlähmung besteht darin, die leichteren Fälle von dem Tragen von Apparaten und Bandagen zu befreien und den schwer gelähmten Patienten, die sich sonst nur kriechend fortbewegen können, den aufrechten Gang ohne Krücken zu ermöglichen. Als wichtigste Hilfsmittel dazu benutzt die orthopädische Chirurgie die Sehnenverpflanzung, die Nervenplastik und die Arthrodese. Verf. zeigt in der vorliegenden Arbeit an einigen Fällen, was man speziell mit der Arthrodese erreichen kann. Unter Arthrodese versteht man die künstliche Ankylosierung paralytischer Gelenke. Bei totaler Lähmung aller ein Gelenk bewegender Muskeln ist die Arthrodese absolut indiziert. In der Mehrzahl der Fälle sind aber bei spinaler Kinderlähmung nicht alle zu einem Gelenk gehörenden Muskeln gelähmt. In solchen Fällen ist es nicht immer leicht, zwischen der Arthrodese und der Sehnenverpflanzung sich zu entscheiden. Die Sehnenverpflanzung erfordert, wenn sie gute Erfolge geben soll, eine langwierige, mühevolle und daher kostspielige Nachbehandlung; sie läßt sich daher in der Armenpraxis nur ausnahmsweise durchführen. Hier tritt die Arthrodese helfend ein. Will man ein gelähmtes Kind möglichst schnell gehfähig machen, so darf man unbedenklich ein Gelenk versteifen, auch wenn nicht sämtliche zugehörigen Muskeln gelähmt sind. Was die Technik der Arthrodese anlangt, so stimmt sie im wesentlichen mit der üblichen Resektionstechnik überein, nur wird weniger von den Gelenkenden fortgenommen. Die Gelenkenden werden nur angefrischt, die Epiphysenknorpel geschont. Man hat durch Einführen von Silberdraht, vernickelten Nägeln, Elfenbeinstiften etc. versucht, eine sichere knöcherne Verheilung zu erreichen; das Resultat wird dadurch aber nicht wesentlich beeinflußt. Bade hat eine subkutane Arthrodese vorgeschlagen, wobei ein Elfenbeinstift von entsprechender Länge von außen in das Gelenk getrieben wird. Das Verfahren hat sich Verf. nicht bewährt. Bei der spinalen Kinderlähmung kommt hauptsächlich die Versteifung der Kniegelenke in Frage. Jeder Gelenkversteifung ist das Redressement der Kontrakturen oder auch eine Sehnenverlängerung resp. Tenotomie vorausgeschickt worden. Um die Ausbildung von Kontrakturen nach Möglichkeit zu verhüten, sollten nach Verf. die Kinder schon während des Reparationsstadiums der Poliomyelitis orthopädischer Behandlung überwiesen werden. Zum Schluß erläutert Verf. an einigen typischen Fällen den Nutzen der Arthrodese bei den Folgezuständen der spinalen Kinderlähmung. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 1. Mai 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Vor der Tagesordnung:

Röntgenbilder von Fremdkörpern in Bronchien und im Oesophagus.

Herr **Edmund Meyer**: Es handelte sich im ersten Falle um einen 6jährigen Knaben, der beim Springen den Knopf eines Bleistiftes aspiriert hatte. Erst nach 7 Wochen suchte Patient, der eine Pneumonie davongetragen hatte, die Poliklinik auf, wo der Fremdkörper auf Grund des Röntgenbildes extrahiert wurde. Der zweite Fall betraf ein 7jähriges Kind, das mit einer Pneumonie ins jüdische Krankenhaus eingeliefert wurde. Durch Bronchoskopie wurde ein Nagel im linken Bronchus festgestellt. Extraktion. Heilung. Im 3. Falle hatte sich ein 5-Pf.-Stück längere Zeit im Bronchus eines erwachsenen Mannes befunden, ohne daß das erkannt wurde. Er erkrankte an fötider Bronchitis. Das Röntgenbild klärte die Sachlage auf. — 4. Bei einem Soldaten, der angeblich einen Mantelknopf verschluckt hatte und an Bronchitis erkrankte, wurde im Lazarett die Wahrscheinlichkeitsdiagnose: „Fremdkörper im Bronchus" gestellt. Das Röntgenbild vermochte indes den Fremdkörper nicht zur Anschauung zu bringen. Erst die Bronchoskopie ließ diesen erkennen, worauf die Extraktion erfolgte. — 5. Ein zweijähriges Kind von außerhalb wurde mit der Angabe hereingebracht, daß es nie feste Bissen habe schlucken können. Man dachte an ein angeborenes Divertikel. Die Sonde stieß auf weichen Widerstand. Die Röntgenuntersuchung ergab das Vorhandensein eines Metallringes. Mit Hilfe des Bronchoskops gelang es, den Fremdkörper einzustellen und zu extrahieren. Genesung.

M. weist darauf hin, daß Fremdkörper im Oesophagus sich regelmäßig ösophagoskopisch gut einstellen lassen, besonders, wenn sie mit der Sonde nachweisbar sind. In schwierigen Fällen führt das Killiansche Dilatationsösophagoskop sicher zum Ziele. Man sollte daher auf die alten Methoden des Operierens im Dunkeln verzichten, seitdem wir nun in der Lage sind, sehenden Auges den Fremdkörper zu extrahieren.

Zur Differentialdiagnose des Aortenaneurysma im Röntgenbilde.

Herr **Huber** (Schöneberg): Ein Patient, der nach den klinischen Erscheinungen den Eindruck eines an Oesophaguscarcinom Leidenden machte, ergab ein Röntgenbild, das auf Aortenaneurysma deutete. H. verabreichte Wismutbrei und nun zeigte es sich, daß dieser in das vermeintliche Aortenaneurysma überging und sich über dem Zwerchfell sammelte. Bei schräger Durchleuchtung erschien das obere Aortenende etwas kolbig aufgetrieben. Es blieb nur übrig, eine Verlagerung der Aorta durch das den Oesophagus stenosierende Carcinom anzunehmen. Die Sektion ergab ein Carcinom im unteren Drittel des Oesophagus; die Aorta war normal; beim Anfühlen zeigte sich eine derbe Konsistenz und erwies sich angefüllt mit einem derben Thrombus, der bis in die Aorta descendens hinunterreichte.

Tagesordnung:

Fall von Anaemia splenica geheilt durch Milzexstirpation. (Krankenvorstellung.) Kurze Mitteilung.

Herr **Klemperer**: Vor etwa einem Jahre wurde ein Kranker in das Krankenhaus Moabit eingeliefert, der schwer anämisch war und an Gewicht stark abgenommen hatte. Es fand sich bei ihm ein großer Milztumor. Die Blutuntersuchung ergab, daß die weißen Blutkörperchen nicht vermehrt waren. Die Punktion der Milz, durch welche man das Bestehen einer Aleukämie feststellen kann, war negativ. Es lag somit die Möglichkeit vor, daß es sich hier um einen Fall von Milzerkrankung handelte, der an sich zur Anämie führte. Solche Fälle werden im allgemeinen als Bantische Krankheit bezeichnet. K. hält diese Bezeichnung nicht für richtig, weil Banti selbst mit seiner Beschreibung ein ganz bestimmtes, einer großen Gruppe von Milzerkrankungen zugehöriges Krankheitsbild gemeint hat und weil heute jeder Autor mit dem Namen Banti ein anderes Krankheitsbild meint. K. will die Bezeichnung: Bantische Krankheit daher durch ein anderes Wort ersetzen und zwar schlägt er vor, diese Fälle von Anämie mit Milztumor als Anaemia splenica im Hinblick auf die charakteristischen klinischen Symptome zu bezeichnen. In dem vorliegenden Falle war die Wassermannsche Reaktion zweifelhaft. Die interne Behandlung hatte keinen Erfolg und es wurde daher die Milzexstirpation beschlossen, die Mühsam ausführte.

Herr **Mühsam**: Operation am 5. Juli 1911 bei 2700000 Erythrocyten. Querschnitt unterhalb des linken Rippenbogens von der Mittellinie bis beinahe in die Lendengegend. Kein Ascites. Leber mäßig vergrößert, glatt. Starke Gefäßverbindungen zwischen Milz, Netz und Colon. Schrittweise Unterbindung der Gefäße bis an den Milzstiel heran, welcher kleinfingerdicke Gefäße enthält. Unterbindung derselben. Milzmasse 19 cm lang, 13,5 cm breit, 7 cm dick. Gewicht 1120 g. Etagennaht der Bauchhöhle. Verlauf völlig glatt, primäre Heilung. Nach der Operation 35000 Leukocyten. Dann rasche Abnahme der weißen, Zunahme der roten Blutkörperchen sowie des Hämoglobingehaltes. 18. August: Dauernd unter 13000 Leukocyten, 3000000 Erythrocyten, 80 pCt. Hämoglobin. 17. September: 8000 Leukocyten, 5750000 rote Blutkörperchen. Der Kranke ist seitdem dauernd arbeitsfähig, während er früher nicht arbeiten konnte. Es handelt sich um einen relativ frühen Fall von Anaemia splenica, welcher durch Operation geheilt worden ist. (Autorreferat.)

Diskussion:

Herr **Benda**: Der histologische Befund bot keine besonders charakteristischen Eigentümlichkeiten. Im Vordergrund steht, wie die aufgestellten Präparate zeigen, die Induration, und zwar schließt sich der Befund an das Bild der cyanotischen Induration an. Auffällig ist nur, daß die Trabekel der Milz reichlich verkalkte elastische Fasern enthielten. Veränderungen an den Venen konnte B. nicht finden.

Herr **Umber**: Der günstige Erfolg der Milzexstirpation beweist, daß die Milz in diesen Fällen das primäre Uebel darstellt, die zu Anämie und Leberschädigung führt. U. hat seit 1905 darartige Fälle sorgfältig studiert und bei ihnen kleine Stücke der Leber untersuchen lassen; er fand periportale Rundzellenanhäufung, leichte Vermehrung der Glissonschen Kapsel und leichte Schädigungen der Leberzellen. In anderen Fällen konnte er gradatim weitere Veränderungen der Leber im Sinne einer Cirrhose feststellen. Stoffwechselversuche, die Redner in solchen Fällen angestellt, haben ihn gelehrt, daß toxische Stoffe von der Milz ausgehen, im Blute kreisen und den Eiweißzerfall hervorrufen.

Herr **Mosse** bekämpft den Ausdruck Anaemia splenica, weil man unter dieser Bezeichnung bisher etwas Anderes verstanden hat.

Herr **Klemperer** (Schlußwort). Britzmann.

(Schluß folgt.)

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 6. Mai 1912.

Vorsitzender: Herr A. Fränkel.

Tagesordnung:

Experimentelle Studien über die Funktion des Magen-Darmkanals. (Mit Lichtbildern.)

Herr **Külbs**: Daß die Funktionen des Gesamtorganismus und der einzelnen Organe am besten bei regelmäßig an sie gestellten Anforderungen ablaufen, ist wahrscheinlich. Das gilt für den Wechsel von Arbeit und Ruhe, für den Menschen im ganzen wie für den Verdauungstraktus. Zweifelhaft blieb, ob das auch für das Tier zutrifft. Denn Raubtier und Pflanzenfresser haben, zumal im Winter, keine regelmäßige Nahrungsaufnahme. Aber alle Tiere, die im Freien leben, werden durch ein starkes im Herbst erworbenes Fettpolster auf den Winter eingestellt. Dieses sowie der Umstand, daß bei Tierversuchen sehr oft im Magen größere Mengen Nahrungsreste trotz lange Zeit vorher erfolgter Aufnahme gefunden werden, dann die Tatsache, daß gewisse Erkrankungen des Magens und des Darmes auf Unregelmäßigkeiten in der Ernährung zurückgeführt werden, veranlaßten den Vortr. zur experimentellen Erörterung der Fragen: Wie viel frißt ein Tier, wenn man es regelmäßig, d. h. täglich oder jeden 2., 3., 4. Tag ernährt? Wie viel frißt es, wenn man es unregelmäßig ernährt? Nimmt es ab oder zu? Wie viel frißt es, wenn man es überreichlich ernährt? Er stellte seine Versuche bei Hunden und besonders bei Katzen an; die Tiere wurden mit einer beliebigen Menge gefüttert. Die Katzen bekamen Fleisch und Reis, später nur Fleisch. Alle Tiere wurden einer Vorperiode von 14 Tagen bis drei Wochen unterworfen, d. h. darauf kontrolliert, ob sie im Gleichgewicht blieben.

Mittelschwere Katzen nahmen täglich bei täglicher Ernährung um 150—220 g zu; bei nur jeden 3.—4. Tag vorgenommener Fütterung nahmen sie um 450—500 g zu; sie nehmen also erheblich weniger auf, als wenn man sie täglich ernährt. Mit mehr als vier Tagen Zwischenraum war es nicht möglich, die Tiere zu ernähren. Nach einer Vorperiode paßten sie sich allmählich der neuen Ernährungsweise an, obwohl ein Körpergleichgewicht nicht zu erzielen war. Anfangs nimmt das Tier reichlich Nahrung zu sich, dann wird die Menge geringer, bald auch wieder größer, um allmählich in ein den Tieren zusagendes konstantes Maß überzugehen. Das war meist der Fall.

Die Tiere sind also von einer gewissen Regelmäßigkeit in der Ernährung abhängig. Im vorigen Sommer — die Versuche erstreckten sich meist über ein halbes Jahr bis zu 8 Monaten — beobachtete Vortr. mehrfach tödliche Gastroenteritiden. Es war der Einfluß der abnormen Außentemperatur auf den Magen-Darmtraktus der Tiere. Vielleicht besteht Salges Behauptung von der Schädlichkeit der unregelmäßigen Ernährung, die nicht zur bestimmten Stunde gereicht wird, die durch die Hitze gesteigert wird, zu Recht. So konnte R. bald wahrnehmen, daß die in kleinen Intervallen, wenn auch unregelmäßig ernährten Tiere im Gleichgewicht blieben, während die alle 3—4 Tage ernährten Tiere oft plötzlich rapide abnahmen und starben.

Wenn man solche Tiere, die bei längerer Beobachtung sich im Gleichgewicht bei einmaliger Nahrung täglich erhalten, zweimal ernährt, so nehmen sie erheblich mehr als bei einmaliger Ernährung auf; sie nehmen sehr oft an Körpergewicht zu. Es findet eine Luxuskonsumption statt.

Die Entleerung des Magens wurde nach einer Aufnahme von etwa 200 g im Laufe von 24 Stunden studiert; nach 20 Stunden erreichte das Tier sein Anfangsgewicht wieder; es ist der Magen also dann völlig entleert; das gilt bei täglicher Ernährung. Bei jeden 2. Tag erfolgender Ernährung wird das Anfangsgewicht erst nach 48 Stunden erreicht.

Im Röntgenbild kann man kontrollieren, wie schnell sich der Magendarmkanal entleert. Ist der Magen sehr ausgedehnt, so kommt es zur Verdrängung des Dickdarmes. Die Sektion der Tiere, die nach unregelmäßiger Ernährung starben, ergab anatomisch wenig Besonderes; einige Male fand sich ein stark dilatierter Magen.

Der Vortr. Versuchsergebnisse sind in mehrfacher Richtung interessant; sie zeigen die große Anpassungsfähigkeit der Tiere; sie ermöglicht ihnen, längere Zeit hindurch $^1/_7$—$^1/_6$, selbst $^1/_4$ ihres Körpergewichtes an Nahrung aufzunehmen, ohne Krankheitserscheinungen zu äußern. Löwen und Tiger fressen von dem geschlagenen Wild im Laufe einer Nacht 30 kg, also $^1/_6$—$^1/_5$ ihres Gewichtes. Die im Freien lebenden Raubtiere verfügen also über eine enorme Anpassungsfähigkeit. Nach dieser reichlichen Nahrungsaufnahme enthalten sie sich längere Zeit der Nahrung. Je nach der Größe des Wildes nehmen sie eine größere oder in kürzeren Pausen kleinere Mahlzeiten zu sich.

Diese Anpassungsfähigkeit der Tiere erinnert an eine Beobachtung des Vortr. in seiner Studie über Herz und Arbeit. Wenn man einen Hund mehrere Male eine Arbeit verrichten läßt, so verliert er ein bestimmtes Gewicht. Läßt man den Hund Wasser trinken, so nimmt er die gleiche Menge Wasser auf. Er deckt den Gewichtsverlust genau. Gibt man ihm nach der ersten Arbeit kein Wasser, so nimmt er nach der zweiten Arbeit ein entsprechend größeres Quantum Wasser. Dasselbe ist nach der 3. und 4. Arbeit der Fall. Diese Anpassungsfähigkeit hat aber eine gewisse Grenze. Sie wird dann erreicht, wenn man dem Tier zumutet, sich auf Unregelmäßigkeiten einzustellen. Bei der Katze scheint das größte zulässige Intervall $1^1/_2$—2 Tage zu betragen; überschreitet man es, so stirbt das Tier.

Das kennt der Landwirt und Viehhalter. Denn er weiß, daß die Tiere, die zur Zucht verwendet werden, am besten zunehmen, wenn man sie regelmäßig, auf die Minute, füttert. Andererseits findet man in den Beobachtungen der Stabsveterinäre, daß nach großen Manövern, die große Unregelmäßigkeit verursachen, die Pferde rapide abnehmen und oft an akuter Gastroenteritis mit Auftreibung des Magens sterben. Auch die in großen Städten verwendeten Tiere, nicht bloß Pferde, sondern auch Ochsen, nehmen an Körpergewicht ab, wenn sie längere Zeit unregelmäßig ernährt werden. Auch an eine gewisse Uebenernährung können sich die Tiere gewöhnen. Grafe und Graham stellten fest, daß bei fortschreitender Uebenernährung die Verbrennung der Nährstoffe viel intensiver wird; es kommt zu einer Vermehrung der Kalorien um 40 pCt. Der Magen verfügt eben über ein großes Anpassungsvermögen.

Beziehungen der Acari zur Geschwulstätiologie. (Demonstrationen am Projektionsapparat.) [Autorreferat.]

Herr **E. Saul** wünschte bei Fortsetzung seiner Milbenforschungen in erster Linie festzustellen, ob in Schnittpräparaten frisch fixierter Mammacarcinome Milben nachgewiesen werden können, die von Demodexmilben verschieden sind. Dies ist in der Tat der Fall, wie der Vortragende bei Untersuchung von 6 Mammacarcinomen feststellen konnte. Es ist allerdings notwendig, sehr viele Schnitte zu durchmustern, ehe man in einem Schnittpräparat eine Milbe findet; und es erfordert besondere Aufmerksamkeit, sie zu erkennen, weil durch die Schnitt- und Färbetechnik die Milben bis zur Unkenntlichkeit entstellt werden können, wie bereits Borrel hervorgehoben hat. Der Vortr. erläuterte an einer Reihe von Photogrammen, daß die Milben in den Mammacarcinomen in cystischen Räumen liegen, ähnlich wie die Phytoptusmilben in den von ihnen hervorgerufenen pflanzlichen Tumoren.

Beyerink hat für die Pflanzenpathologie gezeigt, daß die Stoffwechselprodukte von Eiern, die geschwulsterregenden Tieren entstammen, formative Reize besitzen. Da wir insbesondere durch die Untersuchungen Goebels wissen, daß auch an den Eiern der Bilharziawürmer eine chemisch-toxische Noxe haftet, die in der Wandung der Harnblase Granulationsgeschwülste, sowie gutartige und bösartige Adenome bezw. Epitheliome hervorruft, so achtete der Vortragende auf Formelemente der Mammacarcinome, für welche die Deutung als Milbeneier in Frage kommt. Er zeigte an einer Reihe von Photogrammen derartige Formelemente und verglich sie mit den Eiern von Phytoptusmilben, die in pflanzlichen Geschwülsten gefunden waren.

Die Veröffentlichungen von Borrel, sowie die jüngste Publikation von Herzog lehren, daß die Autoren Milben, die sie in Schnittpräparaten pathologischer Gewebskomplexe finden, häufig irrtümlich als Demodexmilben bezeichnen. Der Vortragende gab deshalb durch zahlreiche Photogramme eine Charakteristik der reifen Demodexmilben, der Demodexlarven und der Demodexeier; er wies nach, daß die Demodexmilben nur in Zupfpräparaten kenntlich sind, während sie durch die Schnitt- und Färbetechnik völlig entstellt werden.

Ferner zeigte der Vortragende isolierte Milben und zwar Tarsonemusmilbe aus Carcinomen der Menschen, sowie Phytoptusmilbe planzlicher Tumoren.

Die folgenden Photogramme zeigten die Schnittpräparate papillärer Tumoren, die durch Phytoptusmilben hervorgerufen waren; zwischen den papillären Exkreszenzen sah man die Milbe.

Das letzte Photogramm entstammte einem Mammacarcinom. Von der Masse des Geschwulstgewebes hatte sich ein Gewebsstreifen losgelöst; an der Spitze dieses Streifens erkannte man eine Milbe, die von Demodexmilben verschieden war. Nach Anwendung der Fixierung und Färbung konnte die Species der Milbe nicht mehr bestimmt werden.

Mode.

Der 33 Balneologen-Kongress in Berlin

vom 7. bis 11. März 1912.

Vorsitzender: Geheimrat Prof. Dr. Brieger.

Referent: Dr. Max Hirsch (Bad Salzschlirf).

Vor Eröffnung des zahlreich aus dem In- und Auslande besuchten Kongresses fand eine Besichtigung des Städtischen Untersuchungsamtes für hygienische und gewerbliche Zwecke statt, bei der Herr Geheimrat Prof. Dr. **Proskauer** selbst die Führung über-

nahm. In einem einleitenden Vortrage schilderte er die Entwicklung des Institutes und seine Bedeutung. Besonders hob er hervor, daß das Institut nicht nur Zwecken der Stadt diene, sondern auch von Privaten benutzt werden könne, was leider noch nicht genügend bekannt sei. So werde es z. B. immer noch nicht von den Aerzten in hinreichender Weise für diagnostische, speziell bakteriologische Zwecke in Anspruch genommen. Das Institut erweckte großes Interesse bei den Kongreßteilnehmern, da es ein ausgezeichnetes Muster für die immer mehr Boden gewinnenden balneologischen Laboratorien in den Kurorten sein dürfte.

Der wissenschaftliche Teil des Kongresses wurde durch vier größere Referate aus dem Gebiete der **physikalischen und diätetischen Behandlung der Herz- und Gefäßkrankheiten** eingeleitet.

Herr **Groedel I** (Nauheim) referierte über die Bäderbehandlung. Er hob die dominierende Rolle der Thermalsolbäder hervor, bei denen die Wirkung durch thermische Reize veranlaßt wäre. Therapeutisch am wichtigsten sind Bäder zwischen 28 und 35° C., welche eine Erleichterung der Herztätigkeit und eine Schonung des Herzens veranlaßten. Bäder oberhalb und unterhalb dieser Temperaturgrenze strengen die Herzmuskulatur erheblich an und könnten nur als herzübende Faktoren in Frage kommen. Der Kohlensäuregehalt bewirkt, daß das Bad besser vertragen wird als Bäder ohne Kohlensäure. Wichtig ist eine feine und sorgfältige Abstufung des Gehaltes an Kohlensäure in der Temperatur des Bades. Bei der Verordnung von Kohlensäurebädern darf man aber nicht vergessen, daß sie gewisse Anforderungen an die Herzkraft des Kranken stellen. Sie sollen deshalb überall dort nicht mehr Anwendung finden, wo die Reservekraft des Herzens schon zu stark gelitten hat, da sie dann leicht zu vollständigem Versagen der Herzkraft führen können. Indiziert sind die Kohlensäurebäder überall dort, wo eine Erleichterung des Blutkreislaufs angestrebt wird. Kontraindiziert sind sie bei zu hohem Blutdruck, bei gewissen Nierenaffektionen und bei Lungentuberkulose. Künstliche Kohlensäurebäder sind als Ersatz der natürlichen nicht vollwertig, noch weniger können Sauerstoffbäder die kohlensauren Solbäder ersetzen.

Herr **Determann** (St. Blasien) erstattet ein Referat über die Klimatotherapie der Herz- und Gefäßkrankheiten. Er hob hervor, daß gerade dieses hochwichtige Gebiet der Therapie oft zu schlecht behandelt würde. Das liegt an der ungenügenden Kenntnis des Klimabegriffs, an der Unsicherheit der Prognose dieser Krankheiten und vor allem an dem Bestreben, die organischen von den funktionellen Störungen abzugrenzen. In der Klimatotherapie kommt es weniger auf die anatomischen Veränderungen des Herzens und der Gefäße als auf den Grad der funktionellen Störungen des Kreislaufs an. Verschiedene Klimaverordnungen können mitunter auf dieselbe Störung des Herzens und der Gefäße in gleichem Sinne einwirken. Fest steht aber die Tatsache, daß bestimmte Klimaarten ihre typischen Einflüsse auf das Zirkulationssystem ausüben. Nachdem Vortr. auf die allgemeinen Wirkungen des Klimawechsels im allgemeinen und speziell auf den Zirkulationsapparat eingegangen war, setzte er die Beeinflussung des Organismus und besonders des Zirkulationsapparates durch Besonnung, Belichtung, Niederschläge, Nebel etc. auseinander. Von besonderer Bedeutung erscheint ihm die Klimatotherapie für eine Reihe von funktionellen Störungen des Herzens, namentlich Insuffizienz, und für die Prophylaxe verschiedener Herzstörungen.

Herr **Brieger** (Berlin) berichtet über die physikalische Therapie. Die Hydrotherapie spielt in der Behandlung der Herzkrankheiten, namentlich seit der Aufstellung eines Wasserheilplanes durch Winternitz, eine große Rolle. Die hydroelektrischen Bäder haben sich zur Beseitigung von subjektiven Symptomen sehr gut bewährt. Massage und Mechanotherapie führen sich immer mehr ein, besonders Atmungsgymnastik, Unterdruckatmung nach Bruns und Oertelsche Terrainkur. Aus dem Gebiete der Elektrotherapie führen sich die Hochfrequenzbehandlung und vielleicht auch die Thermopenetration ein. Wichtig ist bei allen physikalischen Behandlungsmethoden die Kontrolle der Leistungsfähigkeit des Herzens sowie der allmähliche Uebergang von den schonenden zu den anstrengenderen Uebungen.

Herr **Strauss** (Berlin) referiert über die Diät bei Herzkranken. Im Vordergrund stehen Schonung des Herzens, Vermeidung von Ueberernährung und ausreichende Ernährung. Die Karellkur ist in vielen Fällen recht brauchbar, kann aber immer nur kurze Zeit zur Anwendung kommen, da sie auf die Dauer den Organismus zu stark belastet. Hinsichtlich der Flüssigkeitszufuhr warnt er zwar vor Uebertreibungen, teilt aber den strengen Standpunkt Oertels nicht. In gewissen Fällen, bei denen der Herzaffektion eine Nierenerkrankung zugrunde liegt, ist sogar eine reichlichere Flüssigkeitszufuhr am Platze. In der Ernährung des Herzkranken ist auf eine Vermeidung der Ueberlastung des Verdauungsapparates sorgfältigst zu achten, auch auf Weglassung gasbildender Speisen. In der Diät des Arteriosklerotikers ist eine gänzliche Fleischentziehung nicht ratsam, dagegen wohl eine Fleischeinschränkung.

Herr **Goldscheider** (Berlin) sprach im Anschluß an diese Referate über die syphilitische Erkrankung der Aorta. Statistische Berechnungen haben ergeben, daß sie bei Männern außerordentlich häufiger vorkommt, als bei Frauen. Sie äußert sich in den meisten Fällen als Aneurysma und auch als Arteriosklerose. Wichtig ist für die Therapie eine recht frühzeitige Erkennung der Krankheit als syphilitisch, was ja durch die Wassermannsche Reaktion leicht möglich ist. Wenn noch keine gröberen anatomischen Veränderungen der Aorta vorliegen, dann kann eine energische antisyphilitische Kur viel Nutzen bringen. Kleinere Aneurysmen können vielleicht noch zur Rückbildung gebracht werden, größere dagegen nicht mehr. Ob ein Stillstand des Prozesses durch diese Kur zu erzielen ist, muß dahingestellt bleiben. Ebenso liegen noch nicht genug Erfahrungen über die Dauer der Wirkung vor. Die antisyphilitische Kur besteht in einer sorgfältigen Allgemeinbehandlung sowie in Darreichung von Jod, Quecksilber und Salvarsan.

Die folgenden drei Vorträge beschäftigen sich mit Untersuchungen über die **Wirkung verschiedener Bäder auf das Herz.**

Herr **A. Bickel** (Berlin) berichtet über seine physiologischen Untersuchungen zur Bäderwirkung auf den Kreislauf. Die Versuche erstreckten sich auf den Einfluß von Süßwasserbädern, Sauerstoffbädern und Kohlensäurebädern (System Dr. Zucker) auf den Puls, den Druck in den Gefäßen, die Blutfülle im Darmgefäßsystem und das Elektrokardiogramm. Jedes Bad übt auf alle diese Faktoren eine besondere Wirkung aus. Es ist also nicht gleichgültig, welches Gas dem Badewasser zugesetzt ist. Das Sauerstoffbad bedeutet die mildeste Einwirkung auf das Herz, ist also überall dort am Platze, wo die Reservekräfte bereits stark aufgebraucht sind. Ist das noch nicht der Fall, dann sind die Kohlensäurebäder vorzuziehen, da sie nachhaltiger und energischer einwirken.

Herr **Strubell** (Dresden) untersuchte die Einwirkung des Wechselstrombades auf das Elektrokardiogramm. Das Wechselstrombad schafft beim gesunden Individuum eine Steigerung des Druckes im arteriellen Kreislauf sowie eine Herabsetzung im linken Vorhof. Beim kranken Menschen können sich die Verhältnisse bis zu einer vollständigen Umkehr ändern. Bei diesen Untersuchungen hat sich das von Kraus und Nicolai in die Klinik der Herzkrankheiten eingeführte Elektrokardiogramm ausgezeichnet bewährt. Dabei ist die Nachschwankung von größter prognostischer Bedeutung. Sie ist im allgemeinen bei muskelstarken Personen vergrößert, aber auch bei muskelschwachen in besonderen pathologischen Fällen, z. B. beim Kropf.

Herr **Nicolai** (Berlin) berichtet über den Einfluß verschiedener Bäder auf das Herz, insbesondere auf das Elektrokardiogramm. Letzteres ermöglichte erst die Feststellung, ob die Bäder zentral oder peripher wirkten, d. h. ob sie primär auf das Herz oder die Gefäße einwirkten. Durch alle Bäder wird die F-Zacke, welche den Maßstab für die Güte des Herzens abgibt, beeinflußt und zwar durch kalte Bäder günstig, durch heiße ungünstig. Der Zusatz von Kohlensäure, Sole und Sauerstoff erhöht immer die günstige Wirkung. Das ist besonders interessant bei dem Zusatz von Sole und spricht dafür, daß die Solbäder, die früher in der Therapie der Herzkrankheiten eine größere Rolle spielten als jetzt, mehr Beachtung verdienten. (Forts. folgt.)

---

29. Deutscher Kongress für innere Medizin

vom 16. bis 19. April 1912 zu Wiesbaden.

Referent: K. Reicher (Bad Mergentheim).

(Fortsetzung.)

Sitzung vom 16. April, nachmittags.

Herr **G. Holzknecht** (Wien): **Praktische Winke aus dem Gesamtgebiete der Magendarmradiologie.**

Vortr. betont die Notwendigkeit einer ausführlichen Anamnese und eines gründlichen Status, die von dem überweisenden Arzt dem Röntgenologen gesandt werden müssen, um die Untersuchung in eine bestimmte, zur Auflösung des Falles geeignete Richtung zu lenken. In technischer Hinsicht rät H. mit sehr intensivem Licht und genügend harten Röhren bei der Diagnostik des Magen-Darmkanales zu arbeiten.

Herr **Groedel III** (Frankfurt a. M.): **Die Bewegungsvorgänge am normalen und pathologischen Magen im Lichte der Röntgenstrahlen.**

Mittels Röntgenkinematographie kann man drei funktionell vollkommen verschiedene Magenteile unterscheiden: den bewegungslosen Fundusteil, den mittleren Teil, den sogen. Magenkörper mit tiefen rhythmischen Bewegungen für den Chymustransport und kleineren arrhythmischen Bewegungen für digestive Zwecke und drittens das Antrum pylori mit zweierlei Bewegungsformen, von denen die eine geringe Quantitäten von

Mageninhalt in den Darm ausstößt, während die andere den Antruminhalt durchmischt. Die Peristaltik ist gesteigert bei Neurasthenie, Hysterie und Tabes, bei jeder Erschwerung der Magenentleerung, besonders bei Hyperacidität, bei gutartigen und bösartigen Stenosen. Neubildungen, welche nahe dem Magenausgang sitzen, lassen sich durch enorm verstärkte oder rückläufige Wellenbewegungen erkennen.

Herr **A. Hertz** (London): **Untersuchungen zur Röntgenstrahlendiagnose der Verdauungskrankheiten.**

Bei Duodenalulcus findet man stets Hypertonie der Magenmuskulatur. Der charakteristische Hungerschmerz wird erst wahrgenommen, wenn der Magen beinahe entleert ist. Im Gegensatz zu vielen Chirurgen sieht H. das Duodenalgeschwür als durch innere Behandlung heilbar an und empfiehlt Gastroenterostomie nur bei gleichzeitig vorhandener Magenerweiterung. Angesichts der großen Beweglichkeit des normalen Coecums ist er auch ein Gegner der Operation bei Coecum mobile.

Herr **G. v. Bergmann** (Altona): **Zur Diagnostik des Magencarcinoms mittels der Röntgenkinematographie.**

Die Röntgenkinematographie leistet kaum mehr wie eine sonstige erschöpfende klinische und röntgenologische Untersuchung. Durch Uebereinanderpausen von mehreren Kinoaufnahmen erhält man in der Tat in vielen Fällen sehr anschauliche Bilder von dem Ablauf der peristaltischen Bewegungen. Fehlende Motilität an einer zirkumskripten Stelle beweist allerdings noch lange nicht ein Carcinom und vorhandene schließt ein Carcinom nicht aus.

Herr **Dietlen** (Straßburg): **Röntgenologische Fehldiagnosen bei Magencarcinom.**

Ein stark geschrumpfter Magen mit vollständiger Pylorusinsuffizienz, der wie ein diffuser Skirrhus im Röntgenbilde imponierte, wurde durch ein ausgedehntes Carcinom vorgetäuscht, welches vom Ductus choledochus ausging und den Magen mauerartig von allen Seiten umfaßte. Eine Perigastritis kann andererseits einen ventrikulären Tumor vortäuschen, besonders in der Nähe des Pylorus. Ein carcinomverdächtiger Mann mit Magenblutungen zeigte eine große Kurvatur mit stark zerrissenem Rande. Die Operation ergab ausgedehnte Varicen. Schichtung des Mageninhaltes infolge von Hypersekretion kann fälschlich an ein Carcinom im Antrum denken lassen. In einem anderen Falle sprach die Röntgenuntersuchung mit großer Wahrscheinlichkeit für Carcinom; der operierende Chirurg tastete eine derbe Verhärtung kurz vor dem Pylorus und Drüsen in der Nachbarschaft; im Pylorusinnern fand sich aber nach der Eröffnung weder Carcinom noch Ulcus. Die histologische Untersuchung ergab kleine, zum Teil vor dem Durchbruch stehende submuköse Abscesse.

Herr **Hausmann** (Rostock): **Ueber die topographische Gleit- und Tiefenpalpation und die bei der autoptischen und röntgenologischen Kontrolle ihrer Ergebnisse maßgebenden Prinzipien.**

Vortr. vermag die einzelnen Abschnitte des Magens und Darmes in einem ungewöhnlich großen Prozentsatz der Fälle deutlich abzutasten, versieht die schmerzhaften Stellen mit Bleimarken und identifiziert ihre Lage durch unmittelbar nachfolgende Röntgendurchleuchtung. Er findet so eine glänzende Uebereinstimmung des Röntgen- und des klinischen Befundes.

Herr **H. Starck** (Karlsruhe): **Zur Pathologie der Speiseröhrenerweiterungen mit besonderer Berücksichtigung der Röntgendiagnostik.**

Vortr. hat als erster ein Speiseröhrendivertikel durchleuchtet und ebenso als erster den Wismutbrei für die Röntgendurchleuchtung angegeben. Eine Reihe von wertvollen Bildern zeigt die Konfiguration der verschiedenartig geformten Divertikel. Die röntgenologische Untersuchung ermöglicht uns hier ein genaues Studium aller topographischen Verhältnisse der Divertikel, insbesondere von Form, Lage, Beziehungen zur Wirbelsäule, zum Ringknorpel etc. Die Lagebeziehungen zur Speiseröhre können durch eine gleichzeitig verschluckte schattengebende Divertikelsonde aufgeklärt werden. Diffuse Dilatationen der Speiseröhre lassen sich auch sehr schön zur Darstellung bringen; bei ihnen schwindet auch nach jahrelanger angeblicher Heilung nicht die Erweiterung, sondern nur die abnorm starre Kontraktion des Kardiaringes.

Herr **Bönniger** (Berlin-Pankow): **Die Form des Magens.**

Die verschiedenen Formen des Magens beruhen auf individuellen Verschiedenheiten; der Tonus spielt demgegenüber keine Rolle. Insbesondere ist die Verlängerung des Magens bei primärer Gastroptose auf abnormes Längenwachstum infolge anormaler Wuchsform zurückzuführen. Der weibliche Magen ist physiologisch länger und schmäler gebaut als der männliche. (Demonstration von Versuchen an Leichenmägen.)

Herr **M. Dapper** (Neuenahr) und Herr **G. Schwarz** (Wien): **Ueber peristaltische Phänomene am Magen und deren diagnostische Bedeutung.** (Mit Projektionen.)

Am normalen Magen besteht ein Parallelismus zwischen Tiefe der peristaltischen Welle und Schichthöhe der Muskelelemente. Bei Atonie fehlen die Wellen im mittleren Magenteil ganz oder fast ganz und sind auch im pylorischen Teil ausnehmend flach; bei der Hypertonie finden wir an dem verkleinerten Magen schon im mittleren Teile abnorm tiefe Wellen entsprechend der vergrößeretn Wanddicke. Bei Pylorusstenose sieht man am erweiterten Magen hoch oben beginnende, abnorm tiefe Einschnürungen, die den Magen in mehrfache Segmente zerlegen. Eine geringgradige verlängerte Austreibungszeit ist nicht von wesentlicher Bedeutung. Aehnlich wie an einem dekompensierten Herzen kann man an einem jahrelang hindurch stenosierten Magen ganz flache Wellen beobachten (Erlahmungsperistaltik: S c h w a r z).

Herr **Haudek** (Wien): **Ueber die Methode und die praktische Bedeutung der radiologischen Motilitätsprüfung.**

Angesichts der häufig vorkommenden Fehldiagnosen empfiehlt H. die Anwendung der von H o l z k n e c h t und seiner Schule ausgebauten Durchleuchtungsmethode und als Ergänzung derselben das von ihm angegebene Doppelmahlzeitverfahren, bei dem jeder Patient 6 Stunden vor der Röntgenuntersuchung einen Wismutgriesbrei nimmt. Die nunmehr einzeitige Untersuchung besteht dann aus der Lagebestimmung der Wismutingesta in Magen und Darm 6 Stunden nach der Vormahlzeit, der Beobachtung während des Trinkens von Wismutwasser und der Durchleuchtung nach Einnahme einer zweiten R i e d e r schen Mahlzeit. Diese Methode ermöglicht die frühzeitige Erkennung von Pylorospasmus und Pylorusstenose, die Unterscheidung beider von der Atonie und die Erkennung abnormer Verhältnisse im Dünndarm und im proximalen Teil des Dickdarmes.

Herr **E. Schenck** (Frankfurt a. M.): **Die Röntgensymptome der Gastroptose und Gastrektasie im Vergleich zu den übrigen klinischen Untersuchungsbefunden.** (Gemeinsam mit G r o e d e l III.)

Ein normaler Magen läßt den ersten Bissen als breiten Keil unterhalb der Magenblase und weiterhin als dicken Tropfen am unteren Magenpol erscheinen. Bei Hypersekretion fällt der Brei, wie dicker Sirup in Wasser gegossen, senkrecht nach unten und sammelt sich als breites Band am unteren Ende des Magens. Zwischen Breischatten und Magenblase bleibt eine sogen. intermediäre schattenfreie oder schattenschwächere Zone. Bei Achylie dringen die ersten Bissen langsamer zum kaudalen Pol vor. Bei mechanischer Ektasie sind sowohl Magenblase als Magenschatten sehr schmal. Bei Insuffizienz dritten Grades bleibt der Magen dauernd erweitert und selbst nach sehr großer Mahlzeit größtenteils ungefüllt.

Herr **A. Fraenkel** (Berlin): **Diagnostische und operationsprognostische Bedeutung der Röntgenkinematographie beim Magencarcinom.** (Mit Lichtbildern.)

Die Methode gewährt nur dort einen diagnostischen Fortschritt, wo sorgfältige Röntgenographie auf eine bestimmte Magenstelle hinweist, über deren Beweglichkeit keine Sicherheit zu gewinnen ist. Die verschiedenen Bewegungstypen werden in Kinematogrammen vorgeführt und Fälle gezeigt, welche bei klinisch und röntgenologisch dringendem Carcinomverdacht nur durch die Kinegraphie als nicht mit Krebs behaftet sichergestellt werden konnten.

Herr **G. Singer** (Wien): **Die objektiven Symptome des chronischen Kolospasmus.** (Gemeinsam mit G. H o l z k n e c h t.)

S. führt als charakteristisch für spastische Obstipation unter anderem das Vorhandensein von strangförmig tastbaren Darmteilen an, Beimengung von Schleim und Blut im Stuhle und den von ihm beschriebenen romanoskopischen Befund, nämlich einen krampfartigen Verschluß an der Pars recto-romana, welche letzterer durch die mit H o l z k n e c h t gefundene Hypermotilität im proximalen Darmteil und auffallende Enge im distalen Abschnitt gut übereinstimmt.

Herr **W. Weiland** (Utrecht): **Zur Kenntnis der Entstehung der Darmbewegung.**

Der Dünndarm und auch der übrige Magen-Darmkanal enthält eine die Dünndarmbewegung regulierende kochbeständige Substanz, welche nicht artspezifisch und nicht an die Verdauungstätigkeit gebunden ist und sich sowohl in der Schleimhaut wie in der Muskulatur findet. Ihr Angriffspunkt liegt in den Zentren des A u e r b a c h schen Plexus. Der Dickdarm ist von dieser Beeinflussung vollständig ausgeschlossen. Nicht eine einmalige intravenöse Injektion, wohl aber eine wochenlange Applikation der angeführten Substanz erzeugt Durchfälle.

Herr **Albrecht** (Leipzig): **Röntgenbefunde bei Obstipation.**

Bei einem familiären Typus von Obstipation zeigen sich bei vier Geschwistern Verlängerung und abnorme Schlingenbildung in der Flexura sigmoidea. (Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Vademecum der speziellen Chirurgie und Orthopädie für Aerzte. Von Dr. **Hermann Ziegner** (Cüstrin). Leipzig 1911, F. C. W. V o g e l. 196 S.

Das vorliegende Kompendium ist, wie Verf. im Vorwort erwähnt, während seiner Tätigkeit an der Klinik des Herrn Geh.-Rat B i e r entstanden. Was er dort gesehen und gehört hat, hat er in kurzer Fassung systematisch zusammengestellt, um es auch anderen nutzbar zu machen. Es läßt sich freilich

darüber streiten, ob derartige Zusammenstellungen, welche ursprünglich nur für den Gebrauch der Verf. selbst ausgeführt worden sind, auch anderen in derselben Weise nützen, zumal der absichtlich kurze „Depeschenstil" nicht immer dazu angetan ist, für den Fernerstehenden die Deutlichkeit zu erhöhen. Trotzdem hat es den Anschein, als ob bei dem Ueberhandnehmen des Tatsachenmaterials in der Medizin ein Bedürfnis nach derartigen Kompendien vorliegt. Ref. erinnert sich wenigstens daran, in jüngster Zeit mehreren ähnlichen Kompendien begegnet zu sein. Im vorliegenden Falle ist die gesamte praktische Chirurgie mit Einschluß der orthopädischen Chirurgie auf noch nicht ganz 200 Seiten abgehandelt. Das Vademecum eignet sich besonders für diejenigen Kollegen, welche durch Zeitmangel an längerdauernder Lektüre verhindert sind und sich gleichwohl schnell über ein bestimmtes Thema orientieren wollen.

Die klinische Untersuchung Nervenkranker. Ein Leitfaden der allgemeinen und der topischen und eine synoptische Zusammenstellung der speziellen Diagnostik der Nervenkrankheiten für Studierende und praktische Aerzte. Nach Vorlesungen von Dr. **Otto Veraguth,** Nervenarzt, Privatdozent der Neurologie an der Universität Zürich. Mit 102 teils farbigen Abbildungen und 44 Schematen in Tabellen. Wiesbaden 1911, Verlag von J. F. Bergmann. 281 S.

Das vorliegende Buch bezweckt, in großzügiger Weise den Studierenden sowohl wie auch die allgemeinpraktizierenden Aerzte in das Studium der Nervenheilkunde einzuführen. Im Gegensatz zu anderen Autoren hat Verf. weniger auf das rein praktische Moment Gewicht gelegt. Ihm ist es vielmehr darum zu tun gewesen, auf Grund der auch in der Neurologie in den letzten Jahren in immer größerer Fülle publizierten neuen Tatsachen und Theorien dem Lernenden eine möglichst umfassende und solide Grundlage für das weitere Studium der Neurologie zu verschaffen. Das Buch gliedert sich in drei Abschnitte. Der erste enthält den Gang der eigentlichen systematischen Untersuchung. Hier beschränkt sich Verf. jedoch keineswegs auf die eigentliche Technik der Untersuchung, sondern gibt gleichzeitig eine genaue anatomische und physiologische Uebersicht über die betreffenden Nervengebiete, um dann die Störungen im Funktionsgebiet der betr. Nerven zu entwickeln und daraus die einzelnen für die Untersuchungsergebnisse wichtigen Momente zu deduzieren. Dieser Abschnitt, in welchem neben der speziellen Nervendiagnostik auch die Sprache und ihre Störungen, die nicht sprachlichen Ausdrucksvorgänge, das Handeln und die Apraxien, die Intelligenz und ihre Störungen genau analysiert werden, bildet den Hauptteil des Buches. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der topischen Diagnostik der Gehirn- und Rückenmarksregionen. In dem dritten Abschnitt endlich wird eine tabellarisch-synoptische Zusammenstellung der einzelnen Nervenkrankheiten gegeben. Das Werk, welches mit großer Sorgfalt und unter Aufwendung vielen Scharfsinns abgefaßt ist, setzt als Leser Mediziner voraus, welche sich mit der Neurologie systematisch beschäftigen wollen. Für solche Kollegen, die sich schnell informieren wollen und eine quasi populäre Darstellung ihnen noch unbekannter Gebiete erwarten, ist es nicht geschrieben. Wer sich aber eingehender mit der Neurologie beschäftigen will, der wird aus dem eindringenden Studium dieses Werkes dauernden Nutzen davontragen. Die Ausstattung des Buches läßt nichts zu wünschen übrig.

Zwei Jahre Salvarsantherapie. Herausgegeben von **P. Ehrlich, F. Kraus** und **A. v. Wassermann.** Leipzig 1912, Georg Thieme.

Es war eine glückliche Idee, eine Anzahl besonders wertvoller Aufsätze aus der Salvarsanliteratur, welche in der von den Herren Verfassern redigierten Zeitschrift für Chemotherapie im Laufe der letzten beiden Jahre, also seit der Einführung des Salvarsans in die Medizin, publiziert worden sind, in einem besonderen Bande noch einmal zusammenzustellen. Als besonders aktuell seien hervorgehoben die Arbeiten von Benario über die Neurorezidive, sowie die Berichte über die Erfahrungen des Auslandes. Da die Salvarsantherapie andauernd das Interesse der Kollegen beschäftigt und täglich neue Tatsachen über dies Thema publiziert werden, erscheint es dem Referenten von besonderer Wichtigkeit, die Kollegen auf die vorliegenden Arbeiten, welche zum großen Teil grundlegend sind, hinzuweisen. H. L.

Abhandlungen über Salvarsan. Gesammelt und Herausgegeben von **Paul Ehrlich.** Bd. 2. München 1912, J. F. Lehmann.

Zu den Zeitschriften, welche besonders häufig Arbeiten über das Salvarsan publiziert haben, gehört die „Münchener medizinische Wochenschrift". Ebenso wie sie im vorigen Jahre diese Arbeiten systematisch zusammengestellt und unter der Redaktion von Ehrlich herausgegeben hat, so erscheint auch in diesem Jahre wieder eine stattliche Serie von Publikationen, welche bezeugen, wie intensiv auf diesem Gebiete nach wie vor gearbeitet wird. Besonders wertvoll sind die Bemerkungen Ehrlichs selbst, in welchen er seinerseits die an seinem Präparate geübte Kritik, besonders soweit Komplikationen und Todesfälle dem Salvarsan zur Last gelegt werden, zu widerlegen sucht. Daß auf diesem Gebiete das meiste noch nicht ausreichend geklärt ist, ist zu bekannt, als daß an dieser Stelle darauf näher eingegangen zu werden braucht. —n.

Methodik der klinischen Blutuntersuchungen. Von Prof. Dr. **E. Grawitz.** Mit 35 Figuren im Text und 6 Tafeln in Farbendruck. 4., vollständig neu bearbeitete und vermehrte Auflage. Leipzig 1911, Georg Thieme.

Die vorliegende Methodik gewissermaßen ein Anhang zu dem klassischen Werke der klinischen Pathologie des Blutes, ist, wie dieses, bereits mehrfach aufgelegt worden. Die letzte Auflage, welche der unermüdliche Verf. noch kurz vor seinem Hinscheiden in gewohnter Sorgfalt durchgesehen und den neuen Errungenschaften der Hämatologie entsprechend vermehrt hat, ist durch eine Tafel, in welcher die Vorstufen und Degenerationsformen der Leukocyten dargestellt sind, vermehrt worden; auch im Text finden sich viele Veränderungen, welche beweisen, daß Verf. bis in die letzte Zeit hinein die neuesten Publikationen für seine Darstellung verwertet hat. H. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Die **Abweisung von Medizinalpraktikanten aus konfessionellen Gründen,** die anläßlich der bekannten Fälle von Britz und Lübeck die Oeffentlichkeit lebhaft beschäftigt hat und auch in den Parlamenten wiederholt zur Sprache gekommen ist, wurde in der vorigen Woche in der Petitionskommission des Reichstages erörtert. Die Aerztekammer für Berlin-Brandenburg hatte an den Reichstag eine Eingabe gerichtet, die eine Aenderung der ärztlichen Prüfungsordnung dahin verlangt, daß die Praktikanten, die in einem Krankenhause ihr praktisches Jahr abzuleisten haben, nur aus wichtigen Gründen bei ihrer Meldung zurückgewiesen werden dürfen und daß konfessionelle Rücksichten als wichtige Gründe nur bei konfessionellen Anstalten gelten dürfen. Mit Rücksicht auf die erst kürzlich im Plenum erfolgte Erörterung der Frage waren Regierungsvertreter von der Kommission nicht zugezogen worden. Die konservativen Mitglieder der Kommission erhoben lebhaften Widerspruch gegen eine solche Zwangsvorschrift, da man den Leiter eines Krankenhauses nicht zwingen könne, Aerzte anzuleiten, die ihm aus irgendwelchen Gründen unliebsam seien. Die Kommission beschloß aber gegen die beiden konservativen Stimmen, die Petition dem Reichskanzler zur Berücksichtigung zu überweisen. (Die Anerkennung des Standpunktes der Konservativen würde die Konsequenz herbeiführen, daß für die Medizinstudierenden hinfort eine gesetzliche Sicherheit bezüglich der Erwerbung der ärztlichen Approbation nicht bestünde. Red.)

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Im Alter von 66 Jahren starb hierselbst Prof. Dr. C. F. W. Boedecker, der, aus Celle gebürtig, sich in Amerika 1869 der Zahnheilkunde zugewandt und es dort durch seine histologischen Forschungen zu einer führenden Stellung auf diesem Gebiete gebracht hatte. Er war nacheinander Professor am New York College of Dentistry und an der Universität in Buffalo. Auf den zahnärztlichen Kongressen in Washington (1887) und in Chicago (1893) führte er den Vorsitz.

Rostock. Dr. Fr. Best hat sich für experimentelle Pathologie habilitiert.

München. Im 69. Lebensjahre starb hierselbst der Direktor der ersten medizinischen Universitätsklinik (im Krankenhause l. I.) Prof. Dr. K. Josef v. Bauer. Nach Beendigung seiner medizinischen Studien war er 1869 als Assistent in das Münchener allgemeine Krankenhaus eingetreten, hatte sich 1873 für innere Medizin habilitiert und war 1876 zum außerordentlichen Professor befördert worden. Einige Jahre später erhielt er das Ordinariat. Er hat eine größere Anzahl von Einzelarbeiten veröffentlicht sowie mehrere Abschnitte des Ziemssenschen Handbuches bearbeitet.

— Oberarzt Dr. R. Bestelmeyer hat sich für Chirurgie habilitiert.

Straßburg i. E. Dr. Hermann J. Pagenstecher hat sich für Augenheilkunde habilitiert.

Budapest. Der bisherige Titularextraordinarius Prof. Dr. Karl Schaffer ist zum etatsmäßigen außerordentlichen Professor der pathologischen Histologie des Zentralnervensystems ernannt worden.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Heidelberg. Die 59. **Versammlung mittelrheinischer Aerzte** findet dieses Jahr in Heidelberg am 2. Juni (Sonntag) statt. Beginn der wissenschaftlichen Sitzung pünktlich um 1 Uhr im Hörsaal der medizinischen Klinik. Um 4 Uhr gemeinsames Mittagessen im Grand-Hotel. Das Komitee besteht aus den Herren Bucher, Czerny, Dilg, Fischer, Fischler, Krehl, Menge, Mittermaier, Schönborn, Werner.

Wiesbaden. Der Ausschuß des **deutschen Kongresses für innere Medizin** hat beschlossen, für den nächstjährigen (30.) Kongreß als Zeit der Tagung die Zeit vom 15.—18. April 1913 in Aussicht zu nehmen und dies schon jetzt der medizinischen Presse zur Kenntnis zu bringen, damit ein Zusammenfallen mit anderen Kongressen vermieden wird.

Gerichtliches.

Halle a. S. Das Oberlandesgericht Naumburg hat kürzlich die Berufung abgewiesen, die der Hallesche **Krankenkassenverband** gegen das Urteil des Halleschen Landgerichts vom 24. November 1911 eingelegt hatte. In letzterem Urteile war der zwischen dem Halleschen Krankenkassenverband und dem Verbande Hallescher Kassenärzte zwangsweise geschlossene sogenannte „Magistratsvertrag" als zu Recht bestehend anerkannt worden.

Verschiedenes.

Düsseldorf. In der Zeit vom 3.—15. Juni 1912 findet wiederum in der akademischen Kinderklinik Düsseldorf unter Leitung von Professor Dr. Schlossmann ein vierzehntägiger **Ausbildungs- und Fortbildungskursus** für Aerzte in der Physiologie, Pathologie und Hygiene des Säuglingsalters und in der Säuglingsfürsorge statt. Außer den Vorlesungen und den Arbeiten in der Klinik und im Laboratorium finden auch Besichtigungen moderner Einrichtungen in der Säuglingsfürsorge in Düsseldorf und den benachbarten Städten statt, wobei dem Ziehkinderwesen, der Versorgung hilfsbedürftiger Mütter und Kinder, sowie der Versorgung der Städte mit rationell gewonnener Milch besondere Beachtung geschenkt wird. Anmeldungen und Anfragen sind zu richten an die Geschäftsstelle des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Düsseldorf, Werstenerstraße 150, von wo auch auf Wunsch Programme kostenlos versandt werden.

Wiesbaden. Einen **ärztlichen Zweckverband** haben 33 Gemeinden des Oberwesterwaldkreises in der Provinz Hessen-Nassau gegründet, indem sie aus einer gemeinsamen Kasse drei Aerzte mit je 2333 M. besolden, die dafür die Kranken der sämtlichen Ortschaften ohne Rücksicht auf die Entfernung zu dem gleichen Satze — 1 M. innerhalb der Tagestour, 2 M. bei Extrabesuch — behandeln müssen. Ob diese Abmachung, deren Grundgedanke zu billigen ist, ein ausreichendes Aequivalent für die ärztliche Arbeit in sich schließt, läßt sich ohne die Kenntnis der in Betracht kommenden Seelenzahl und der topographischen Verhältnisse des Kreises nicht beurteilen.

Radein. Die **Kuranstalt Radein** (Steiermark) hat in diesem Jahre einige bemerkenswerte Neuerungen vorgenommen: Das Badehaus wurde vollkommen modernisiert, ein eigener Trakt für natürliche Kohlensäurebäder, die sich eines von Jahr zu Jahr steigenden Zuspruches erfreuen, errichtet, und ein Sudarium (vorläufig eine Zelle) eingerichtet. Diese neuen Kurbehelfe dürften nicht verfehlen, dem Bade neue Freunde zu gewinnen.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: San.-Rat Dr. E. Lehmann in Bad Oeynhausen.

Ernannt: Kreisassistenzarzt Dr. W. Zimmermann in Bromberg zum Kreisarzt und Vorsteher des Medizinaluntersuchungsamtes in Hannover.

Niedergelassen: Dr. J. H. Bauer in Jaratschewo.

Versetzt: Kreisarzt Dr. Sauberzweig von Wirsitz nach Hanau.

Verzogen: Dr. Portig von Dresden nach Frauendorf, Dr. G. Rohde von Berlin nach Stargard i. P., Aerztin Dr. E. Krösing von Jena nach Stettin, Dr. A. Hofmann von Stettin nach Pausa i. Voigtl., R. Einhauser von Torgelow nach Arnstadt i. Thür., Dr. O. W. Voigt von München nach Frankleben (Kr. Merseburg), Dr. W. Unna von Altona und Dr. P. Rosenhauer von Eidelstedt nach Hamburg, Dr. A. H. Pfeil von Erfde nach Eidelstedt, Dr. O. Strauch von Halle a. S. nach Altona, J. Naumann von Grunewald nach Levern, Dr. K. Ebmeyer von Hamburg nach Bielefeld, J. Emmert von Würzburg nach Paderborn, Dr. O. Hausler von Bonn nach Hamburg, K. Beer von Nürnberg nach Berlin, P. Bergmann von Charlottenburg und Dr. H. Bodländer von Berlin nach Schöneberg, Dr. K. Bornemann von Charlottenburg nach Wilmersdorf, Dr. M. Cohn von Berlin nach Schöneberg, Dr. K. Degener von Berlin nach Ober-Loschwitz, Dr. G. Drope von Charlottenburg nach Wilmersdorf, Dr. J. Emmert von Berlin nach Würzburg, St. Fidao von Berlin nach Schöneberg, Dr. R. Förster von Charlottenburg nach Freiburg, Dr. K. Franz von Wilmersdorf nach Berlin, Dr. W. Freymuth von Charlottenburg nach Schöneberg, Dr. F. Gain von Schöneberg nach Berlin, Dr. P. Grütering von Charlottenburg nach Wilmersdorf, Dr. E. Guttmann von Deutsch-Wartenberg nach Berlin, Dr. D. Hilleson von Schöneberg nach Neukölln, H. Holler von Sonnenburg nach Berlin, San.-Rat Dr. M. Jakobsthal von Berlin nach Wilmersdorf, Dr. R. Kallmann von Berlin nach Freiburg, Dr. P. Krause von Wilmersdorf nach Berlin, F. Kretschmer von Berlin nach Plauen, Dr. R. Küchenhoff von Schöneberg nach Lichtenberg, San.-Rat Dr. H. Kunz von Berlin nach Schöneberg, Dr. L. Landsberg von Wilmersdorf nach Berlin, Dr. E. Lewitt von Berlin nach Charlottenburg, Dr. G. Lochner von Wilhelmshaven nach Berlin, Dr. A. Matthies von Hamburg nach Berlin, Dr. S. Mohr von Berlin nach Charlottenburg, A. Moritz von Frankfurt a. M. nach Berlin, B. Moses, Dr. M. Nathanson und Dr. M. Neuhaus von Berlin nach Charlottenburg, Dr. R. Puppel von Königsberg i. Pr. nach Berlin, Dr. St. Roman von Berlin nach Waldheim, Dr. S. Rosenstrauss von Berlin nach Schöneberg, Dr. H. Ruhemann von Charlottenburg nach Wilmersdorf, Dr. H. Schäfer von Görlitz nach Berlin, Dr. L. Selbiger von Berlin nach Charlottenburg, K. Weber von München nach Berlin, Geh. San.-Rat Dr. Th. Weigelt von Berlin nach Charlottenburg, Dr. G. Wiener von Berlin nach Wilmersdorf, Dr. H. Grunwald von Hamborn nach Obrawalde, Dr. L. Scholz von Kosten nach Bremen.

Hessen.

Ernannt: Prof. Dr. Opitz, Direktor der Frauenklinik an der Akademie für praktische Medizin in Düsseldorf, zum ordentlichen Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Gießen; Med.-Rat Dr. Balser, Kreisarzt in Mainz, zum vortragenden Rat in der Abteilung für öffentliche Gesundheitspflege des Ministeriums des Innern unter Verleihung des Titels Ober-Medizinalrat.

Sachsen-Weimar.

Ernannt: Die Privatdozenten Dr. Hesse und Dr. Busse in Jena zu außerordentlichen Professoren der dortigen medizinischen Fakultät.

Sachsen-Altenburg.

Niedergelassen: Dr. G. Findeisen in Ronneburg.

Oldenburg.

Verzogen: Dr. S. H. S. Förster von Edewecht nach Hude.

Braunschweig.

Gestorben: Dr. Schneider in Kreiensen.

Hamburg.

Niedergelassen: Dr. J. A. W. A. H. Grote in Hamburg.

Bremen.

Niedergelassen: Dr. B. D. Noltenius in Bremen.

(Ende des redaktionellen Teils.)

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang — Berlin, 25. Mai 1912 — No. 21

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



Bevor Sie Ihre Entschließung wegen des weiterhin zu benutzenden

PHOTO-NEGATIVMATERIALS

treffen, lesen Sie in Ihrem eigenem Interesse die **äußerst instruktive, hervorragend illustrierte Broschüre** des bekannten **Dr. M. Andresen:**

„Ueber lichthoffreie und farbenempfindliche Platten"

die Ihnen in jeder guten Photohandlung auf Wunsch **GRATIS** verabfolgt wird. Wenn nicht anders erhältlich, wenden Sie sich um **Frankozusendung** an die

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation Berlin SO. 36
(„Agfa")

„Agfa"-Negativmaterial ist **leistungsfähig, zuverlässig, haltbar!**

Bezug durch die Photohändler.

Die neuen synthetisch dargestellten Purgantia

haben nach Forschungen der Herren Prof. Dr. Blumenthal der ersten Berl. Universitäts-Klinik, Dr. Bergmann, Dr. Marschall, Dr. Frank etc. **unangenehme, ja oft sogar gefährliche Nebenwirkungen.** Welche Laxantia kommen daher für den Arzt in Betracht und eignen sich zu anhaltendem und länger währendem Gebrauch? Nur diejenigen, welche aus pflanzlichen Stoffen bereitet sind, dabei sicher, ausgiebig und schmerzlos wirken.

Die Pil. aperientes Kleewein

sind ein solches Abführmittel, sie bestehen aus: Extr. Cascar. sagrad. rec. par., Extr. Rhei chinens. rec. par aa. 3·0, Podophyllini, Extr. Belladonnae aa 0·50, Pulv. Cascar. sagrad. quant. sat. ut fiant. Pil. Nr. 50, Obduc. c. Sacchar. alb. et fol. argent.

Preis K. 2,— = M. 1,70



1–2 Pillen abends mit Wasser genommen, führen nach ruhig durchschlafener Nacht morgens einen ausgiebigen schmerzlosen Stuhlgang herbei; sie werden deshalb seit 25 Jahren von den Aerzten aller Kulturstaaten bei Stuhlträgheit und deren Folgekrankheiten als das **verläßlichste** Laxans nach obiger Formel oder kurzweg als **Pil. aperientes Kleewein** verschrieben.

Versuchsproben stehen den Herren Aerzten kostenfrei und franko zur Verfügung.

„Adler-Apotheke" des S. E. Kleewein in Krems bei Wien.

Gesunde Kinder

durch echt Löflund's

Milchzucker. Reinste Marke. Nach Prof. v. Soxhlet's Verfahren, für **gesunde** und **kranke** Säuglinge.

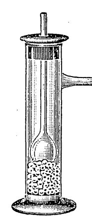
Malz-Extrakt nach Liebig und Fehling, **seit 45 Jahren bewährt** als Katarrhmittel und Nähr-Präparat für Kinder, Kranke und Genesende.

Malz-Suppen-Extrakt nach Prof. Keller, **für magendarmkranke Kinder,** in der Breslauer Klinik **bis 80% geheilt,** in vielen Anstalten eingeführt.

Nähr-Maltose, ein neuer Nährstoff von kräftigster Wirkung bei Kindern und Kranken (400 Calorien).

In allen Apotheken und Drogerien. **Stets die Marke „Löflund" verordnen.**

Atmungsflasche



nach Sanitätsrat Dr. Siemon zur Einatmung ätherischer Oele und verwandter Stoffe bei chronischen Erkrankungen des Kehlkopfes, der Luftröhren und der Lungen

„Rückflußgläserbesteck"

für Aerzte nach Dr Richard Loewenberg.
Ges. gesch. D. R. G. M. Nr. 480044.

Zu beziehen von der Firma

von Poncet Glashüttenwerke Aktiengesellschaft
Berlin SO. 16, Köpenicker Straße 54, K. No. 143.

Prospekte kostenfrei.

Verlag von Oscar Coblentz in Berlin W. 30

3 neue wichtige Bücher!

W. **Wechselmann** (Berlin): **Der gegenwärtige Stand der Salvarsantherapie in Beziehung zur Pathogenese und Heilung der Syphilis.** Mit 13 teils farbigen Tafeln — Preis geheftet M 10,—; gebunden M 11,50

R. **Ledermann** (Berlin): **Die Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten für praktische Aerzte.** 4. **Auflage.** Preis gebunden M 6,—

K. **Abel** (Berlin): **Vorlesungen über Frauenkrankheiten — Aus der Praxis für die Praxis** — Preis M 14,—; in Halbfranz gebunden M 16,—

Blankenburg a. H.

Sanatorium EYSELEIN für Nervenleidende und Erholungsbedürftige.
Das ganze Jahr geöffnet.

Prosp. durch den Besitzer und leitenden Arzt **Dr. Matthes.**

Georgenswalde

Ostseebad. — Saml. Steilküste. **Post Rauschen.** Ruhiger, vornehmer Erholungsort. — Wald. Wasserleitung. — Solide Preise. Näh. durch die **Badeverwaltung.**

BANSIN

a. d. Insel Usedom. Eisenbahnstat.

Schönstes aller Ostseebäder, direkt am Strande und herrlichem Wald. Ungezwungenes Badeleben. — Kein Toilettenluxus, dabei beste Gesellschaft. Breiter steinfreier Strand ohne Tang. — Mäßige Preise, niedrige Kurtaxe. — Prospekte frei durch **die Badedirektion.**

PNIGODIN Kräftiges Expektorans

Indikationen: **PERTUSSIS** — **Influenza** — **Pneumonie** — **Broncho-Pneumonie** — **Bronchitis** — **Asthma bronchiale** — leistet Hervorragendes in der **Säuglingspraxis!** — wird gern genommen und gut vertragen.

Bestandteile: Cinnam. Ceylan. Lycopod. div. trop. Sambuc nigr. Malt. Hordei.: — Sterilisiert! — Frei von Alkohol!

Von der **Würzburger Universitätspoliklinik** mit überraschendem Erfolge angewendet. — Glänzende Beurteilungen von größeren Heilanstalten und zahlreichen Aerzten

Literatur und Versuchsquanten gratis.

Pnigodin G. m. b. H., Charlottenburg.

81. Jahrgang | Berlin, 25. Mai 1912 | No. 21

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Ueber die Wirkung der Arsa-Guajakol-Turiopin-Präparate bei der Behandlung der Lungentuberkulose.

Von

Von Dr. **Vorschulze** (Leipzig).*

So vielseitig bisher die Maßnahmen der die Tuberkulose bekämpfenden Therapeuten waren, so wenig erfolgreich waren ihre Versuche, eine der Kausalindikation entsprechende Therapie zu finden. Ein Mittel, die Tuberkelbacillen resp. ihre Toxine an Ort und Stelle unschädlich zu machen, ist bisher nicht gefunden worden. Auch die Serumtherapie, die bei anderen Krankheiten schon so segensreiche Wirkungen entfaltete, hat hier leider versagt. Auf dem letzten internationalen Tuberkulosekongreß zu Rom wiesen besonders Bernard und Halbron auf die gefährlichen Eigenschaften des Tuberkulins hin, welches nur mit größter Vorsicht anzuwenden sei und keinen absoluten Heilwert besitze. Man hat sich daher darauf beschränkt, die Symptome der Krankheit in Angriff zu nehmen, die Brustschmerzen und den quälenden Husten zu lindern, durch Unterbringung der Kranken in klimatischen Kurorten den tuberkulösen Prozeß zum Stillstand zu bringen und durch diätetische Maßnahmen die Widerstandskraft des Körpers zu erhöhen. In manchen Fällen haben auch diese Methoden ihre schönen Erfolge gehabt, ohne allerdings eine absolute Garantie für die völlige Beseitigung des schädlichen Virus geben zu können.

Unter den Medikamenten galten bisher als die wertvollsten Kreosot und das darin enthaltene Guajakol, sowie Lebertran. Eine spezifisch antituberkulöse Wirkung wird neuerdings auch dem Arsen zugeschrieben. Neben den Expektorantien spielen die Narkotica, wie Morphium, Codein und Belladonna, eine große Rolle in der Bekämpfung des Hustens.

Der Firma Dr. R. und Dr. O. Weil (Frankfurt) ist es nun gelungen, ein Präparat herzustellen, welches im Gegensatz zur Einzelwirkung der bisher erwähnten Medikamente verschiedene wertvolle Wirkungen in sich vereinigt. Dieses Präparat ist das Arsa-Guajakol-Turiopin. Es enthält das Arsen in Form des Arsacetins zur Entfaltung einer direkten antituberkulösen Wirkung, das Guajakol in Form des Kal. sulf. guajacolicum, dessen antitoxischer Effekt schon länger bekannt und geschätzt wird, und das Turiopin, ein Coniferenextrakt mit sehr wertvollen, die Expektoration begünstigenden Eigenschaften. Das Präparat kommt als Sirup und in Pastillenform zur Verwendung. Nebenbei hat die Firma auch noch ein zuckerfreies Präparat zu Inhalationszwecken fertiggestellt.

Durch Uhlenhuth und Behring ist längst wissenschaftlich festgestellt worden, daß ein Mittel von ungenügender Wirkung in seinem therapeutischen Effekt erheblich gestärkt wird durch Kombination mit einem anderen Mittel von gleichen Eigenschaften. Im Arsa-Guajakol-Turiopin wird dieser gesteigerte Effekt erzielt durch Kombination des mildwirkenden Coniferenextraktes Turiopin mit Kal. sulf. guajacolicum. Dieser Kombinationstherapie bei Infektionskrankheiten wird aber auch aus anderen Gründen in der letzten Zeit das Wort geredet und zwar von ersten medizinischen Autoritäten, speziell von Geh.-Rat Ehrlich. Exakte experimentelle Versuche haben gezeigt, daß verschiedene Infektionserreger, die anfangs durch ein bestimmtes Mittel wirksam bekämpft wurden, nach und nach arzneifest werden können und gegen dieses Mittel sich refraktär erweisen. Diese Erreger können aber sofort erfolgreich bekämpft werden durch kombinierte Chemotherapie, z. B.: Malaria durch Chinin + Salvarsan, Lues durch Salvarsan + Hg. Dies sind feststehende therapeutische Tatsachen, deren spezielle Gründe wir streng wissenschaftlich bis heute noch nicht erklären können. Festgestellt ist, daß wir die Infektionserreger wirksam bekämpfen können, wenn wir sie gleichzeitig durch mehrere, sich ergänzende Mittel angreifen. Bei dieser Chemotherapie sind wir natürlich darauf angewiesen, streng zu beobachten, wie der Organismus auf das eingeführte Präparat reagiert. Es wurde daher neben dem therapeutischen Effekt auf allenfallsige störende Nebenwirkungen besonders geachtet und auf Steigen oder Fallen des Körpergewichtes als Ausdruck der körperlichen Bekömmlichkeit des Mittels.

In folgendem erlaube ich mir an der Hand einiger praktischen Versuche die Bedeutung des neuen Präparates zu illustrieren.

Fall 1. F. K., 19 jähriger Kaufmann, klagt seit einem Monat über Husten mit Auswurf, Stechen auf der Brust und Abnahme des Körpergewichtes. Patient ist hereditär belastet, Vater und eine Schwester schon an Phthise gestorben. Die Untersuchung stellt auf der linken Lungenspitze verschärftes Atmen und leichte Dämpfung fest, so daß die Diagnose linksseitiger Lungenspitzenkatarrh gesichert ist. Therapie: Reine Luft, gute Ernährung und 3 mal täglich 2 Arsa-Guajakol-Turiopin-Pastillen. Nach 14 Tagen stellt sich Patient wieder vor. Er ist mit seinem Zustand leidlich zufrieden. Besonders der Hustenreiz hat bedeutend nachgelassen. Ebenso hat sich der Auswurf verringert. Das Körpergewicht hat um 3 Pfund zugenommen. Die physikalische Untersuchung ergibt, daß der krankhafte Prozeß keine weiteren Fortschritte gemacht hat. Patient soll die vorgeschriebene Kur weiter durchführen und bei Eintritt der wärmeren Jahreszeit noch einen längeren Aufenthalt in einer Lungenheilanstalt nehmen.

Fall 2. A. F., 52 jähriger Schlosser. Patient ist schon seit 6 Jahren lungenkrank. Das Leiden verläuft sehr langsam, so daß der Kranke an seiner Erwerbsfähigkeit relativ wenig Einbuße hat. Fieber und Nachtschweiß fehlen, ebenso ist das Körpergewicht leidlich stabil geblieben. Das quälendste Symptom für den Patienten ist der Husten, der außerordentlich trocken ist und nur wenig zähen Schleim zur Expektoration bringt. Auch ist die Stimme häufig heiser und belegt. Ich verordne daher 3 mal täglich 2 A.-G.-T.-Pastillen und 2 mal täglich 20 Tropfen der zuckerfreien A.-G.-T.-Lösung zum Inhalieren. Schon nach 8 Tagen macht sich ein deutlicher Erfolg bemerkbar. Der Hustenreiz hat bedeutend nachgelassen, da das Sekret viel lockerer geworden und leichter zur Ausstoßung gelangt. Ebenso klingt die Stimme reiner. Subjektiv fühlt sich Patient besser, er schläft jetzt ruhiger und hat auch mehr Appetit. Nach vierwöchiger Behandlung hat sich das Körpergewicht um 5 Pfund gehoben.

Fall 3. B. K., 24 jährige Näherin. Pat. ist 2 Jahre lungenkrank, sieht sehr blaß und schwächlich aus. Hat außer unter einem quälenden Husten sehr unter Brustschmerzen und Atemnot zu leiden. Abends tritt gewöhnlich Temperaturerhöhung ein, die sich dann nach reichlichem Schweißausbruch wieder senkt. Therapie: reine Luft, kalte Abreibungen, roborierende Diät, abends Einpuderung und 3 mal täglich 1 Eßlöffel A.-G.-T.-Sirup. Dieses Regime bekommt der Patientin sehr gut. Ihr Zustand bessert sich merkbar. Die Beschwerden auf der Brust lassen nach, der Husten wird leichter, das Sekret dünnflüssiger. Auch der Appetit steigert sich, so daß die Patientin nach vierwöchiger Behandlung ca. 6 Pfund zugenommen hat. Ihr Gewichtsverlust betrug seit Einsetzen der Krankheit etwa 12 Pfund.

Fall 4. G. H., 32 jähriger Kaufmann, mit vorgeschrittener Phthise. Patient ist stark abgemagert, schon längere Zeit bettlägerig und wird hauptsächlich des Nachts von einem heftigen Hustenreiz gequält, der ihn nicht schlafen läßt. Ich verordne ihm 3 mal täglich 2 A.-G.-T.-Pastillen, evtl. des Nachts nochmal 2 Pastillen. Die Wirkung des Präparates tritt prompt ein, der Husten und die Anstrengung der Brust bei demselben mildern sich bedeutend, so daß Patient wenigstens einige Stunden des Nachts schlafen kann. Auf das übrige Befinden des Patienten ist das Präparat leider ohne Einfluß, so daß die Prognose absolut infaust ist.

Fall 5. B. Sch., 18 jährige Näherin. Die Patientin kränkelt seit einiger Zeit. Sie ist blaß und mager, mit langem und schmalem Brustkorb. Als Zeichen früherer Skrofulose präsentieren sich einige Drüsennarben. Auf der rechten Lungenspitze machen sich Zeichen eines beginnenden Katarrhs bemerkbar. Das Atemgeräusch ist abgeschwächt und saccadiert. Abends treten leichte Temperatursteigerungen auf. Therapie: Viel Ruhe, reine Luft, zweckmäßige Ernährung, kalte Abreibungen und 3 mal täglich 1 Eßlöffel A.-G.-T.-Sirup. Nach 14 tägiger Behandlung stellt sich schon eine leichte Besserung ein. Patientin klagt nicht mehr über Hustenbeschwerden. Sie sagt, daß das Medikament vorzüglich löst, gut schmeckt und dem Magen keinerlei Unannehmlichkeiten bereite. Ihr Appetit sei ebenfalls besser geworden. Drei Wochen später ergibt die Untersuchung der Lungen, daß das Atemgeräusch auf der rechten Lungenspitze sich jetzt dem vesikulären mehr nähert. Das Körpergewicht hat eine Zunahme von 3 Pfund erfahren. Die Behandlung wird fortgesetzt.

Fall 6. A. M., 28 jähriger Maurer, stammt aus gesunder Familie, ist starker Raucher und Potator. Pat. hat seit sechs Wochen Husten, der wenig löst, und eine sehr belegte und heisere Stimme, so daß die Worte nur mit Mühe herausgebracht werden können. Die Untersuchung der Lungen ergibt außer einem etwas verlängerten Exspirium auf der linken Lungenspitze nichts Charakteristisches, dagegen zeigt der Kehlkopfspiegel zwei flache Erosionsgeschwüre auf dem rechten Stimmband. Irgendeine Beziehung zur Tuberkulose ist nicht nachweisbar. Therapie: Verbot von Tabak und Alkohol, Prießnitzumschläge um Brust und Hals, 3 mal täglich 2—3 A.-G.-T.-Pastillen und 2 mal tägl. Inhalation von 20 Tropfen der zuckerfreien A.-G.-T.-Lösung. Der Erfolg ist vorzüglich. Nach fünfwöchiger Behandlung ist der Katarrh völlig abgeheilt. Das Atemgeräusch auf der linken Spitze ist wieder normal und an Stelle der Geschwüre sind flache Narben getreten.

Fall 7. C. V., 19 jähriger Schneider. Leidet seit etwa ¼ Jahr an Spitzenkatarrh. Auswurf gering, trocken und zäh. Abends Temperatursteigerung und Nachtschweiße. Verschiedene direkte Verwandte schon an Phthisis gestorben. Therapie: Viel Aufenthalt in frischer Luft, morgens und abends kalte Abreibungen, dreistündlich 1 Eßlöffel A.-G.-T.-Sirup. Schon nach 14 Tagen ist insofern eine Besserung im Befinden der Patientin eingetreten, als das Sekret lockerer und flüssiger wird. Auch das Fieber läßt nach und die Nachtschweiße sind weniger profus. Wenn auch das Körpergewicht noch nicht zugenommen hat, so ist dem Patienten doch eine bemerkenswerte Appetitsteigerung aufgefallen. Der Kranke bleibt weiter in Behandlung und Beobachtung.

Wenn ich zum Schluß das Resultat der vorliegenden Versuche zusammenfasse, so komme ich zu dem Ergebnis, daß das Arsa-Guajakol-Turiopin ein wertvolles Medikament in der Behandlung der Lungentuberkulose darstellt. Seine Vorzüge bestehen darin, daß zunächst schädliche Nebeneigenschaften nicht zur Wahrnehmung kommen. Das Präparat hat einen angenehmen Geschmack und wird daher gern genommen. Dann ist seine günstige Einwirkung auf den Appetit ebenso auffallend, wie auf die Steigerung des Körpergewichtes. Fast in allen Fällen ist eine Gewichtszunahme zu konstatieren gewesen. Diese wirksamen Eigenschaften verdankt das Präparat zweifellos seinem Gehalt an Guajakol und Arsen. Der Effekt des Arsen-Guajakol-Turiopins in seiner Eigenschaft als Antitoxicum wird hier mit dem eines Antiphthisicums kombiniert. Ferner ist mit Befriedigung festzustellen, daß das Präparat einen außerordentlich günstigen Einfluß auf die Expektoration entwickelt. Das Sekret wird locker, flüssig und kommt daher leichter zur Ausstoßung. Der quälende Hustenreiz erfährt eine bedeutende Linderung, wofür die Patienten allein schon sehr dankbar sind. Ohne Frage ist für diese immer zuverlässige Wirkung des Medikaments sein Gehalt an Turiopin verantwortlich zu machen.

Vom praktischen Gesichtspunkte aus betrachtet ist ferner noch der relativ billige Preis des Präparates erwähnenswert. Die Originalflasche kostet 2,50 M., 30 Pastillen à 2 g 2 M.; für Krankenkassen, Sanatorien, Inhalatorien stellt sich der Preis entsprechend billiger.

Diese vorzüglichen Eigenschaften dürften dem Präparat bald die allgemeine Beachtung der Aerzteschaft sichern, wenn auch bei dem eigentümlichen Charakter der Lungentuberkulose eine definitive Heilung niemals mit voller Bestimmtheit vorauszusehen ist.

Die keimtötende Kraft des Sauerstoffs in der praktischen Medizin.

Von

San.-Rat Dr. **Leopold Löwenstein** (Berlin-Wilmersdorf).

Wir befinden uns jetzt in der Zeit der Frühjahrskatarrhe, und da dürfte eine Beobachtung interessieren, die ich in der jüngsten Zeit an mir selbst gemacht habe, und über die zu berichten ich mir hiermit erlaube.

Ich akquirierte mir von einem Patienten, der an einem schweren Nasenkatarrh erkrankt war, durch Unvorsichtigkeit einen Schnupfen und zwar, wie mir nachträglich zum Bewußtsein kam, dadurch, daß ich ihm zum Abschied die Hand reichte, nachdem er sich vorher geschnäuzt hatte, und daß ich bald darauf mit dem Finger die linke Seite meines Schnurrbartes glattstrich; die feuchtwarme Berührungsfläche beider sich begegnenden Hände bildete natürlich den besten Nährboden für etwaige Mikroben. Jeder weiß aus Erfahrung, welche Plage ein solcher Frühjahrskatarrh ist, und ich war daher in Verzweiflung bei dem Gedanken, was mir in den nächsten zwei Wochen bevorstehen würde, als ich ungefähr 11 Stunden nach der Infektion mir derselben bewußt wurde, und zwar durch die bekannten Symptome des Brennens und Juckens in der Nase und an der Oberlippe, Rauhigkeitsgefühl und Schmerz am Kehlkopfeingang, Absonderung eines scharfen, beizenden Sekrets zunächst in der linken, zuerst infizierten Nasenhälfte, während ich rechts erst an einigen Stellen leichtes Brennen ohne Sekret verspürte. Allgemeinerscheinungen bestanden außer einem vollen, erregten Puls noch nicht. Da die Schleimhaut rechts noch gar nicht und links erst in mäßigem Grade geschwollen war, so gelang es mir, den Schleim durch vorsichtiges Schnauben zu entfernen.

Ich überlegte nun, ob es kein Mittel gäbe, die vorhandenen Mikroben in diesem Anfangsstadium der Erkrankung unschädlich zu machen, bevor sie erhebliches Unheil angerichtet hätten, und kam darauf, die altbekannte desinfizierende Kraft des Luftsauerstoffes dazu zu benutzen. Ich bemühte mich daher, meine Nase durch Heben der Alae narium zu erweitern, dadurch etwaige Faltungen der Schleimhaut, soweit es geht, auszugleichen, den Mund weit zu öffnen und die auf diese Weise möglichst zugänglich gemachten infizierten Regionen mit einem forcierten Luftstrom in Ermangelung von O zu bearbeiten. Bereits nach wenigen Minuten spürte ich eine wesentliche Erleichterung; das Brennen ließ nach, die Schleimhautschwellung vergrößerte sich nicht, die Absonderung hörte auf, die Nase blieb für die Luft durchgängig, und der beginnende Larynxkatarrh breitete sich nicht weiter aus. Im weiteren Verlauf stellte sich eine gewisse Trockenheit der Schleimhaut ein, die in den nächsten Tagen, an denen ich meine Atemübungen mehrfach wiederholte, unter Absonderung eines auffallend reichlichen, dickeitrigen, blutdurchsetzten Sekrets zurückging, wie man es sonst nur bei der Lösung ganz schwerer, lange andauernder Katarrhe sieht. Allgemeinerscheinungen blieben ganz aus, weder Kopfschmerzen, noch Fieber und Appetitlosigkeit haben mich behelligt. Ich glaube, bald darauf einen Fall mit ähnlichem, nur wesentlich kürzerem Verlauf beobachtet zu haben, da hier die Abwehrmaßregeln noch zeitiger in Anwendung kamen. Bei mir hat die ganze Unpäßlichkeit etwa drei Tage gedauert, während der Patient, der mich infizierte, ca. 14 Tage recht krank, zum Teil bettlägerig war.

Ich kann bei der Einfachheit der Methode ihre Anwendung nur dringend empfehlen, selbstverständlich so zeitig wie möglich nach der Infektion, wenn sie Erfolg haben soll. Natürlich bin ich mir bewußt, daß einige Beobachtungen nichts beweisen, und daß der Zufall dabei eine große Rolle spielen kann.

Ich habe es für notwendig gehalten, mein Vorgehen so ausführlich zu schildern, da, wenn meine Beobachtung sich bewahrheitet, die Tragweite derselben auf der Hand liegt. Zwar wäre es schon ein erheblicher Nutzen, wenn man des Plagegeistes Schnupfen sich so leicht erwehren und seinen Folgeerkrankungen in den Nebenhöhlen der Nase entgehen könnte, indessen liegt die Frage nahe, ob man nicht imstande ist, auch anderen bereits in den Körper eingedrungenen Mikroben zu einer Zeit beizukommen, wo sie noch nicht die Möglichkeit gefunden haben, Toxine in erheblicher Menge zu bilden oder sonstige deletäre Wirkungen auszuüben. Die große Macht der Sauerstofftherapie ist ja auf gewissen Gebieten längst bekannt; wunderbar wirkt Sauerstoff oft noch bei verzweifelten Fällen von Pneumonie, und es erscheint mir jetzt ungewiß, ob mit seiner Anwendung hier immer nur eine symptomatische Indikation erfüllt worden ist, nicht vielmehr gleichzeitig unbewußt eine Behandlung der Krankheitsursache stattgefunden hat, und wer die frischen, roten Wunden sieht, die unter der Wasserstoff-Superoxyd-Verwendung nach Ablösung der eiterdurchtränkten Verbandstoffe zum Vorschein kommen, der sollte es wohl für möglich halten, daß auf gleiche Weise schädliche Mikroben abgetötet und entfernt werden können.

Man muß notgedrungen an eine große Reihe anderer Krankheitszustände denken, denen man vielleicht mit Sauerstoff resp. Wasserstoff-Superoxyd beizukommen vermag; ich erwähne das Heufieber, dessen Theorie ja allerdings noch zweifelhaft ist, sowie die gefürchteten Meningokokkenträger. Ich bin so kühn, auf den Tetanus hinzuweisen, dem man vielleicht wird vorbeugen können, wenn man auf Tetanus verdächtige resp. dazu disponierende Wunden prophylaktisch mit Wasserstoff-Superoxyd behandelt; ich erinnere an die schon erwähnte Pneumonie, an die Gonorrhoe und Augenblennorrhoe usw. Es würde die Aufgabe kompetenterer Beurteiler sein, als ich es bin, zu entscheiden, binnen welcher Zeit nach der Infektion in jedem Falle es noch möglich sein würde, den Kampf gegen die Erreger derselben erfolgreich mit Sauerstoff zu führen, sowie die Methoden dieses Kampfes auszubauen.

II. Referate.

Innere Medizin.

Dr. **R. Mohr** (Leipzig): **Thrombose der Armvenen durch Blutdruckmessungen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Thrombosen der Armvenen sind, abgesehen von der infolge Uebergreifens einer Entzündung auf die Venenwand entstehenden Thrombophlebitis, sehr selten. In letzter Zeit wurden in einigen Fällen im Anschluß an leichte Traumen Thrombosen von Venen der oberen Extremität beobachtet. Verf. hatte auch Gelegenheit, einen derartigen Fall zu beobachten. Es handelte sich um einen 22 jährigen Kranken, der wegen einer käsigen Pneumonie des linken Unterlappens mit zahlreichen Tuberkelbacillen und mäßigem Fieber in der medizinischen Klinik lag. Aus wissenschaftlichen Gründen wurde dem Pat. während 2 Wochen fast täglich der Blutdruck mit dem Recklinghausenschen Apparat gemessen. Der Blutdruck betrug zuerst 132 cm und ging allmählich auf 110 cm zurück. Am Tage nach der letzten Messung wurde auch eine Infiltration des unteren Teiles des rechten Unterlappens festgestellt. Gleichzeitig klagte der Kranke über Schmerzen im rechten Arm, an dem die Blutdruckmessungen regelmäßig vorgenommen worden waren. Die Vena mediana cubiti fand sich prall ausgedehnt und fühlte sich derb an; sie war nach oben hin an der Innenseite des Musc. biceps etwa bis zum Beginn des oberen Drittels des Humerus als derber Strang zu verfolgen. Ferner fand sich neben dem Condylus ext. humeri eine zweite, sich derb anfühlende Hautvene (V. cephalica). Die Haut zeigte im Bereich der thrombosierten Venen keinerlei Rötung; die Achseldrüsen waren nicht geschwollen. Etwa 14 Tage später trat eine mäßige Schwellung und Oedem des linken Beines, anscheinend durch Thrombosen in den Beinvenen veranlaßt, auf, ging jedoch ziemlich schnell vorüber. An den thrombosierten Armvenen waren die Thromben nur noch undeutlich durchzutasten. Nach einigen Monaten konnte der Pat. nach teilweiser Rückbildung der Infiltrationen auf den Lungen das Bett wieder verlassen. Nach Verf. muß man annehmen, daß das ungewöhnliche Auftreten der Thrombose in den Hautvenen des rechten Armes durch die wiederholten Blutdruckmessungen ausgelöst war. R. L.

Dr. **Weitz**, Sekundärarzt der Direktorialabteiulng des Allgem. Krankenhauses St. Georg, Hamburg: **Ein Fall von rapid verlaufender Gonokokkämie mit akuter Leberatrophie.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 5.)

Der Fall betraf einen 19 jährigen Kommis, der in benommenem Zustande ins Krankenhaus eingeliefert wurde. Die Benommenheit trat einen Tag nach Beginn der Krankheitssymptome auf; nach dreieinhalb Tagen trat der Exitus ein. Der Patient erlag der plötzlichen Ueberschwemmung des Blutes mit Gonokokken, ehe es zur Ansiedlung der Erreger in den Gelenken oder an den Herzklappen kommen konnte, ähnlich jenen Fällen, wo bei massenhafter Invasion von Eitererregern (Staphylokokken, Streptokokken) der Tod eintritt, bevor es irgendwo zur Bildung von Eiterherden kommt. Sehr interessant ist in vorliegendem Falle die bei der Sektion gefundene, ganz außerordentlich vorgeschrittene akute Atrophie der Leber. Der schwere Ikterus, Hautblutungen, Benommenheit, Fieber, Eiweißgehalt des Urins machten auf den ersten Blick die Diagnose akute gelbe Leberatrophie wahrscheinlich; die hohe Leukocytenzahl sprach dann aber mehr für eine primäre Sepsis, die denn auch vor der Sektion noch bakteriologisch sichergestellt werden konnte. Einen schädigenden Einfluß auf die Leberzellen üben, wie der so häufig dabei zu erhebende Befund der trüben Schwellung der Leberzellen beweist, die Gifte vieler Infektionskrankheiten aus. Zu so schweren Schädigungen, wie die Atrophie sie darstellt, kommt es aber nur äußerst selten. Sie wurde beobachtet nach Typhus, Osteomyelitis, Erysipel, Streptokokkeninfektion, Epityphlitis, septischer Gangrän, Magendiphtherie und in zahlreichen Fällen im Sekundärstadium der Syphilis. Bei gonorrhoischer Septikämie ist sie bisher nicht beschrieben worden. Ein Fall von Ullmann, wo bei Endocarditis gonorrhoica im letzten Stadium ein schwerer Ikterus auftrat, macht es allerdings wahrscheinlich, daß Gonokokkenallgemeininfektionen vielleicht doch nicht so ganz selten Leberschädigungen hervorrufen. Für die Erklärung der schweren Leberatrophie fällt natürlich die enorme Zahl der im Blute vorhandenen Gonokokken ins Gewicht. Von ihnen mußte die Leber als großes Blutfilter eine große Menge in sich zurückbehalten, und die Leberzellen waren dadurch der Wirkung der Gonokokkentoxine unmittelbar ausgesetzt.

Dr. **Alfred Arnstein** (Wien): **Chronische Pankreatitis.** (Centralblatt f. d. Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, 1912, Bd. 15, H. 3.)

Verf. liefert ein kritisches Sammelreferat über die in den Jahren 1906—1911 erschienenen Arbeiten und faßt das Ergebnis folgendermaßen zusammen:

1. Aetiologie: Die Hauptrolle bei der Aetiologie der chronischen Pankreatitis spielt die Infektion von den Gallenwegen aus, die zumeist auf dem Lymphwege fortgeleitet, hauptsächlich im Pankreaskopf lokalisiert ist (Riedelscher Tumor). Seltener in Betracht kommt eine Stauung in dem resp. den Ausführungsgängen (bei Pankreassteinen, Choledochussteinen, Tumoren, narbigen Veränderungen in der Umgebung der Ausführungsgänge). Auch im Anschluß an akute Entzündung, im Verlaufe chronischer Infektionskrankheiten (Lues, Tuberkulose) und bei Intoxikationen (Alkoholismus), ferner durch Uebergreifen von der Umgebung (Magen-, Duodenal-, Choledochusgeschwüre, Peritonitis) kann sich chronische Pankreatitis entwickeln.

2. Pathologisch-anatomisch bestehen sowohl graduelle Unterschiede je nach der Intensität der Veränderungen, ferner Unterschiede in der Anordnung des Bindegewebes und in der Mitbeteiligung des Parenchyms, hauptsächlich der Inseln (Diabetes!). Eine besondere Form stellt die sogen. Pigmentcirrhose bei allgemeiner Hämochromatose (Bronzediabetes) dar.

3. Unter den klinischen Symptomen nehmen Verdauungsstörungen (Erbrechen, Diarrhöen), herner Abmagerung, Schmerzen, hauptsächlich im Oberbauch, und Anämie den ersten Platz ein; wichtig sind ferner ein palpatorisch nachweisbarer Tumor in der Pankreasgegend, Ikterus (ungefähr in 50 pCt. der Fälle vorkommend) und Resorptionsstörungen (Steatorrhoe, Azotorrhoe, Kreatorrhoe).

Diabetes scheint nur in den Fällen mit stärkerer Beteiligung der Inseln vorzukommen.

Mit Rücksicht auf die wenig charakteristischen Symptome ist eine sichere Diagnosestellung äußerst schwierig und häufig ganz unmöglich.

Was die Komplikationen betrifft, sind hauptsächlich Cholelithiasis, akute hämorrhagische Pankreatitis, Pankreassteine und Pankreascysten von Bedeutung.

Die Funktionsprüfung des Pankreas ist in vielen Fällen sehr wertvoll, ergibt jedoch keine für Pankreatitis beweisenden Resultate und läßt hier und da gänzlich im Stich.

4. Chronische Pankreasentzündung als selbständiges Krankheitsbild ist eine seltene Erkrankung; häufiger dagegen ist die bei Cholelithiasis vorkommende entzündliche Veränderung des Pankreas.

5. Die Therapie richtet sich natürlich nach dem Grundleiden; bei Cholelithiasis, die mit Pankreatitis kompliziert ist, zögere man nicht zu lange mit der Operation (Cholecystostomie, Cholecystenterostomie usw.).

In den Fällen, die nicht auf einer Affektion der Gallenwege zu beruhen scheinen, ist eine diätetische Therapie, evtl. mit Pankreondarreichung, am Platze; auch eine antiluetische Kur ist zu versuchen. Führt interne Behandlung nicht zum Ziele, so kommt auch in diesen Fällen eine Operation (Probelaparotomie, Entkapselung des Pankreas usw.) in Frage.

Die Mortalitätsziffer bei den wegen chronischer Pankreatitis ausgeführten Operationen bewegt sich nach verschiedenen Zusammenstellungen zwischen 2 und 20 pCt. Kr.

Prof. **Eugen Fraenkel** (Hamburg): **Ueber die sogen. Hodgkinsche Krankheit [Lymphomatosis granulomatosa].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Verf. bespricht auf Grund seiner pathologisch-anatomischen Untersuchungen das Krankheitsbild der Hodgkinschen Krankheit. Was die klinische Diagnose anlangt, so sind für die Affektion nur wenige zuverlässige, zudem nicht konstant vorhandene Symptome charakteristisch, und zwar kommt in Betracht in erster Linie das Vorhandensein von nur an einer oder an verschiedenen Regionen des Körpers befindlichen Lymphdrüsenpaketen, ferner ein Milztumor, das Bestehen eines in intermittierendem Typus verlaufenden, sich über Wochen und Monate erstreckenden „chronischen Rückfallfiebers“, endlich der sich als polynucleäre Leukocytose, mit oder ohne Eosinophilie, darstellende Blutbefund. Diesen Schulfällen steht eine andere Gruppe von Fällen gegenüber, die ganz atypisch verlaufen und der Diagnose die größten Schwierigkeiten entgegensetzen. Es können äußere Lymphdrüsenschwellungen entweder vollständig fehlen oder doch so wenig merkbar sein, daß sie der Beobachtung entgehen. Statt dessen treten Symptome auf, die auf eine Erkrankung innerer Organe, speziell der Lungen, hinweisen (Verdacht einer akuten Miliartuberkulose) oder an einen Abdominaltyphus denken lassen. Ja, es können Erscheinungen auftreten, die auf eine schwere Läsion des Rückenmarks hinweisen (einfache oder spastische Paraplegien mit und ohne Parästhesien). In derartigen Fällen kann erst die Sektion die Krankheit aufklären. — Die Lymphdrüsen in den typischen Fällen bilden verschieden mächtige Pakete, an denen man auf dem Durchschnitt aber stets die einzelnen, mit ihren Kapseln verwachsenen Drüsenkörper unterscheiden kann; sie sehen im ganzen wenig charakteristisch aus. Die Schnittfläche erscheint homogen, mattgrau, etwas überquellend. Häufig trifft man daneben speckige, mehr weißgelbe Einsprengungen. Stellenweise ist das eigentliche Drüsengewebe durch weißes, narbiges, schwieliges Bindegewebe ersetzt. Erweichungen und eitrige Einschmelzungen fehlen durchaus. Den wichtigsten, direkt als pathognomonisch zu bezeichnenden Befund bietet die Milz. Sie ist meist vergrößert und erscheint häufig schon an der Oberfläche gebuckelt. Das Aussehen der Schnittfläche der Milz ist äußerst charakteristisch; man hat es mit dem einer Bauernwurst oder des Porphyrs verglichen. Von der dunkelroten, unter dem Niveau liegenden Pulpa heben sich verschieden große, rundliche oder eckige, bisweilen ästige, grauweiße, isoliert und in Gruppen stehende, derbe, prominierende Einlagerungen ab. Dieser Befund schließt eine Verwechselung mit anderen Krankheiten sicher aus. Aehnliche Herde wie in der Milz trifft man auch im Skelett, und zwar im Mark der Röhrenknochen und namentlich der Wirbel. Es können aber die typischen Veränderungen der Milz fehlen und andererseits ungewöhnliche Lokalisationen vorkommen, z. B. an den Bronchialdrüsen, in der Costalpleura, im Lungengewebe, in der Brustmuskulatur, in der Nebenniere, der Leber, in der Ureter-Harnblasengegend. Verf. hat derartige Befunde erhoben. Von Wichtigkeit ist nach Verf. auch das Fehlen gewisser Veränderungen. So bleibt der lymphatische Apparat im Schlund und im Gastrointestinaltraktus fast immer verschont. Bei in den Wirbeln lokalisierten Krankheitsherden ist bisweilen ein aggressives Wachstum, ein Uebergreifen auf die Nachbarschaft, speziell die Dura mater spinalis, festzustellen. Derartige Beobachtungen haben manche Autoren dazu geführt, die Affektion als geschwulstartig aufzufassen und den Lymphosarkomen zuzurechnen. Verf. hält diese Auffassung für unrichtig. Er hält mit der Mehrzahl der Forscher den Prozeß für einen auf infektiöser Basis beruhenden entzündlichen, der sich vor allem im lymphatischen Gewebe abspielt, mit echten Tumoren aber nichts zu tun hat. Was nun den mikroskopischen Bau der Krankheitsherde anlangt, so hat Sternberg zuerst nachgewiesen, daß sowohl in den Lymphdrüsen wie in der Milz ein durch die Mannigfaltigkeit der Zellformen ausgezeichnetes entzündliches Granulationsgewebe sich etabliert, das durch das Auftreten kleiner und großer Lymphocyten, großer Epitheloidzellen und eigenartiger, von dem Typus der Langhansschen durchaus abweichender Riesenzellen, sowie durch den Reichtum eosinophiler Zellen und die nahezu regelmäßig, wenn auch in sehr wechselnder Menge vorhandenen Plasmazellen ausgezeichnet ist. Dieses fremdartige Material verdrängt überall das normale Parenchym. Allmählich kommt es zu herdweise auftretenden Nekrosen, andererseits besteht die Tendenz zu narbig fibröser Umwandlung. Das beschriebene mikroskopische Bild ist für die Diagnose der Hodgkinschen Krankheit als absolut pathognomonisch anzusehen. In einer Reihe von Fällen hat man neben den geschilderten Veränderungen typische tuberkulöse Veränderungen angetroffen. Sternberg hat darum anfangs die ganze Erkrankung als „eigenartige Form der Tuberkulose“ aufgefaßt. Jedoch ist die Auffassung nach Verf. unzutreffend. Er hat in 17 Fällen mit Ausnahme eines einzigen absolut reine Hodgkinsche Erkrankungen vor sich gehabt, bei denen echt tuberkulöse Veränderungen durchaus fehlten. Verf. hat aber in Untersuchungen, die er mit Much anstellte, gewisse Gebilde gefunden, die ihm für den infektiösen Charakter der Krankheit zu sprechen scheinen. Es gelang in 16 Fällen antiforminfeste und grambeständige, aber nicht säurefeste, teils in Stäbchenverbänden zusammenliegende, teils sich nur als gröbere und feinere Granula präsentierende Mikroorganismen nachzuweisen; auch andere Autoren haben diese Gebilde aufgefunden. Mit dem echten Tuberkelbacillus sind, wie auch Tierversuche ergeben haben, diese Gebilde nicht identisch. Verf. ist der Ansicht, daß diese Gebilde als alleinige Erreger der Lymphomatosis granulomatosa anzusehen sind, und daß sie ein dem tuberkulösen sehr nahestehendes Virus darstellen. — Die Hodgkinsche Krankheit bevorzugt das 20. bis 40. Lebensjahr, sie kann aber auch in früherem oder späterem Lebensalter sich entwickeln. Sie betrifft etwa 4 mal so viel Männer als Frauen. Als Durchschnittsdauer der Erkrankung kann die Zeit von 12—18 Monaten angegeben werden. Die Therapie ist bisher machtlos gegen die Krankheit; auch die neueren Mittel, wie Röntgenbestrahlung, das Salvarsan, haben sich als nutzlos erwiesen. Die Hodgkinsche Krankheit ist vorläufig als ein unheilbares, in kürzerer oder längerer Zeit zum Tode führendes Leiden anzusehen. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gebiete der Therapie und der ärztlichen Technik.

Medikamentöse Therapie.

Dr. med. **Camphausen**, dirigierender Arzt des Sanatoriums Neudorf bei Görbersdorf: **Ueber Prothaemin, ein neues Eiweißpräparat.** (Zeitschrift für Tuberkulose, Bd. 18, H. 5.)

Das Präparat muß als neue wertvolle Bereicherung unseres Nährmittelschatzes betrachtet werden, die wohl berufen erscheint, in der Diättherapie eine ungeahnte Rolle zu spielen. Im Prothaemin sind zum ersten Male alle wertvollen Blutbestandteile, vor allem Eisen und organisch ge-

bundener Phosphor, in natürlicher Bindung unverändert haltbar vereinigt. Die Resorption des dargereichten Prothaemins erfolgt nahezu restlos (95 pCt.). Geruchlosigkeit und Geschmacklosigkeit des Prothaemin sind weitere Vorzüge gegenüber den vielen bisher existierenden Blutpräparaten. Hinzu kommt die verhältnismäßige Billigkeit des Mittels, so daß es als Nährpräparat auch Minderbemittelten zugänglich gemacht werden kann. Interessant ist die Entstehungsgeschichte des Prothaemin, der national-ökonomische Momente und von Salkowski ins Auge gefaßte Probleme der Volksernährung zugrunde liegen. Das von der Firma Goedecke & Co. in Leipzig im großen zu therapeutischen Zwecken hergestellte Prothaemin steht unter der fortlaufenden wissenschaftlichen Kontrolle von Salkowski selbst, der es zum ersten Male in Verfolg umfassender Versuchsreihen gewonnen hatte. Camphausen hat bei vielen anämischen Zuständen, bei Phthisikern, Rekonvaleszenten nach schweren Blutverlusten, bei rachitischen Ernährungsstörungen, ausnahmslos vorzügliche Erfolge der Darreichung des Prothaemin und zwar in insgesamt 63 Fällen beobachten können, bei denen zum Teil die Ernährung stark darniederlag und die Möglichkeit richtiger Nahrungszufuhr sehr vermindert war. Die Vermehrung der roten Blutkörperchen und die Gewichtszunahme waren oft frappant. Gerade bei Phthisikern erwies sich das Präparat als wertvoll, im Gegensatz zu vielen neueren Nährpräparaten, die nur rasch aufschwemmen und dadurch einen besseren Zustand vortäuschen können, den gerade die Eiweißmast gewährleistet.

Unerwünschte Nebenwirkungen wurden nie beobachtet; keine Verstopfung oder Diarrhöen. In keinem Falle erfolgte Zurückweisung aus Widerwillen, selbst bei sehr langer Darreichung. Mehrfach wurde Steigerung der Eßlust behauptet, die durch den anregend wirkenden Gehalt an Phosphor (Lecithin) zu erklären ist. Verf. hält nach seinen Beobachtungen das Prothaemin für befähigt, den Stoffwechsel anzuregen, so daß die Sauerstoffaufnahme durch das Blut und die Schaffung neuer bei dem Kampfe gegen die Infektionskeime wichtiger Abwehrstoffe gefördert wird. G.

Kraftoform ist ein von der Firma Friedrich Bauer & Co., chemische Fabrik in Berlin, hergestelltes Nährmittel, das nach der Analyse des Chemikers Dr. Aufrecht folgende Zusammensetzung besitzt:

	pCt.
Wasser	4,42
Stickstoffsubstanz	8,37
Fett	0,77
Lecithin	0,54
Milchzucker	82,30
Sonstige stickstofffreie Stoffe	1,40
Cellulose	0,16
Mineralstoffe	2,04
darin Phosphorsäure	0,25
Eisenoxyd	0,03
Magnesia (in Form von Superoxyd)	1,12

Von der Sticktoffsubstanz sind 92,5 pCt. leicht verdaulich. L.

Dr. **Friedrich Adolf Hesse** (Greifswald): **Ueber Nebenwirkung des Hormonals [Peristaltikhormon-Zuelzer].** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Das von G. Zuelzer in die Therapie eingeführte Hormonal (Peristaltik-Hormon) hat meist nur geringfügige Nebenwirkungen, u. a. geringe Uebelkeit, kurzandauerndes Erbrechen und mäßige vorübergehende Temperatursteigerung. Erst neuerdings sind in einigen Fällen Nebenwirkungen ernsteren Charakters beobachtet worden, nämlich nach intravenöser Injektion schwerer, plötzlich einsetzender Kollaps mit erheblichem Sinken des Blutdrucks. Auch Tierversuche haben ergeben, daß Hormonal eine blutdruckherabsetzende Wirkung hat. Verf. ist in der Lage, über eine analoge Beobachtung aus der Greifswalder chirurgischen Universitätsklinik zu berichten. Es handelte sich um eine 43 jährige Patientin, die wegen einer incarcerierten Hernie operiert wurde. Der Darm war noch nicht brandig geworden und konnte reponiert werden. Da in den beiden folgenden Tagen die Darmtätigkeit nicht recht in Gang kam und der Leib trotz Abgehens einzelner Winde trommelartig aufgetrieben blieb, so wurde beschlossen, Hormonal anzuwenden. Unter aseptischen Kautelen wurden 20 ccm Hormonal mit mäßigem Druck in die linke Armvene injiziert. Noch während der Injektion erfolgte ein bedrohlicher Kollaps mit klonischen Zuckungen des ganzen Körpers und der Extremitäten. Unter reichlichen Kampfergaben erholte die Patientin sich langsam. 4 Stunden nach der Injektion waren Befinden und Puls wie vor der Injektion; schädliche Folgen blieben nicht zurück. Zwei Stunden nach der Injektion konnten mit Darmrohr reichlich Stuhl und Winde entleert werden. Sechs Stunden später erfolgte spontan reichlicher Abgang kräftiger Blähungen. Der Leib fiel ein wenig ein, deutlich sichtbare gestreifte Darmschlingen zeigten den Wiederbeginn der Darmtätigkeit. Da der Leib tympanitisch blieb, so wurde am folgenden Tage ein kräftige Dosis Rizinusöl gegeben; es erfolgte prompt eine ganz enorme Stuhlentleerung und damit der Uebergang zu fortschreitender Besserung. Verf. hebt noch hervor, daß der Puls der Patientin immer zwischen 90 und 100 lag und der Blutdruck niedrig war, etwa 100 mm Hg nach Riva-Rocci-Recklinghausen. — Verf. empfiehlt auf Grund seiner Erfahrung, vor jeder Hormonalinjektion den Blutdruck zu bestimmen und bei niedrigen Werten desselben evtl. die Injektion zu unterlassen. R. L.

Physikalisch-diätetische Therapie.

Geh. Medizinalrat Prof. Dr. **W. His** (Berlin): **Zur Anwendung der Karellschen Milchkur bei Herzkranken.** (Therapeutische Monatshefte, Januar 1912.)

Im Jahre 1865 berichtete der russische Leibarzt Th. Karell über die nach Hunderten zählenden Beobachtungen und Erfolge, die er durch Verabreichung beschränkter Milchmengen bei Herzkranken erzielte. Das Neue daran war nicht die Verwendung der Milch als alleiniger Nahrung, die schon von den frühen englischen Autoren gegen Wassersucht bei Nierenkranken empfohlen worden war, sondern die Beschränkung der Menge. Hierin liegt das Geheimnis des Erfolges. Die Methode ist noch keineswegs so allgemein in die Praxis eingedrungen, wie sie es nach Verf. verdient. Zwei Gründe lassen sich hierfür anführen: die Furcht vor dem Hunger und die Angst vor Unterernährung. Diese Abneigung gegen die Karellsche Kur beruht nur auf allgemeinen ernährungsphysiologischen Ansichten, durch die praktische Erfahrung aber wird sie nicht gestützt. Nachdem die Erfahrung gelehrt hat, daß die Mehrzahl der Herz- und Nierenkranken eine vorübergehende Einschränkung der Nahrung selbst unter das Erhaltungsmaß ohne Nachteil erträgt, ist ein mehrtägiger Versuch in passenden Fällen unbedenklich. Wie lange die Einschränkung fortgesetzt, wie sie durch Zulagen gemindert werden soll, das zu entscheiden ist Sache des ärztlichen Taktes. Der Pedant und Doktrinär wird mit diesem wie mit jedem anderen Verfahren immer Unheil stiften; der aufmerksame Beobachter wird den richtigen Weg finden, wenn er sich an die Lehre Trousseaus hält: En fait de régime, voici la loi: le meilleur, le seul réellement convenable est celui, que le malade sait, d'après sa propre expérience, le mieux supporter.

Wer, wie es Karell und Lenhartz vorbildich getan haben, unbefangen an die Methode herantritt, wird nach H. viele gute, zuweilen glänzende Erfolge sehen ohne jede merkliche Schädigung der Kranken, sofern er sich vor allzu langer Dauer hütet und die Nahrungsmenge, nachdem der Haupterfolg nach einigen Tagen sich eingestellt hat, in passender Weise vermehrt. Ob man dabei dem Karellschen oder dem Lenhartzschen Schema folgen will, ist ziemlich gleichgültig; man kann sich vom Kräftezustand und Appetit des Patienten leiten lassen: die Hauptsache ist, daß die Menge von 800 bis 1000 ccm Milch in den ersten 5—6 Tagen nicht überschritten wird. In dieser Zeit tritt in der Regel die Steigerung der Diurese und die Minderung der Dyspnoe auf. Bleibt sie aus, dann ist in der Regel die Behandlung auch später vergeblich; man wird sie nach einigen Tagen kräftiger Ernährung nochmals in der oft wirksameren Kombination mit Digitalis oder Diureticis wiederholen oder, falls der Kranke sich wirklich geschwächt fühlt, völlig Abstand nehmen müssen. Zuweilen erlebt man freilich, daß erst nach zwei bis drei Wochen eine Besserung eintritt. Meist aber tritt der Erfolg rascher ein und die Stauungssymptome treten so weit zurück, daß zu gemischter Kost übergegangen werden kann. In solchen Fällen kann die Milchdiät nach einiger Zeit wieder aufgenommen werden.

Das Indikationsgebiet der Karellkur ist keineswegs begrenzt auf hydropische Kranke; die Anwendung ist vielmehr auf zahlreiche Fälle kardialer, renaler und kardiopulmonaler Insuffizienz zu erweitern. Das sind:

1. Die Beschwerden der Fettleibigen. Längere Kuren sind gerade bei diesen Kranken nur mit Vorsicht durchzuführen, da sie meist an reichliche Nahrung gewöhnt sind und auf plötzliche Entziehung mit Herz- und allgemeiner Schwäche reagieren. Eher sind im weiteren Verlauf, bei restringierter Diät, einzelne Milchtage zu empfehlen.

2. Das Emphysem und die chronische Bronchitis bei nachlassender Kraft des rechten Herzens. Hier schwindet die Dyspnoe meist nach wenigen Tagen und sind längere Kuren nur selten notwendig.

3. Asthma cardiale bei Degeneration des Myokards. In solchen Fällen wirkt die rasche Abnahme der Beschwerden oft ganz überraschend, namentlich wenn vorher Herzmittel und Narkotica versagt hatten. Nach spätestens einer Woche kann man meist zu einer leicht verdaulichen, nicht voluminösen Kost bei einer Flüssigkeitszufuhr von 1000—1200 ccm übergehen und die strenge Milchdiät nach Bedarf auf kürzere Zeit wiederholen.

4. Die echte Angina pectoris ist in manchen Fällen ein sehr geeignetes Objekt der Behandlung, namentlich jene milde Form, bei der die Anfälle schwach, aber gehäuft auftreten. Besonders guten Erfolg geben die plethorischen Individuen mit Neigung zu Meteorismus, Anfällen bei gefülltem Magen oder

gefülltem Darm. Nicht immer genügt die Karellsche Kur zur Hebung der Beschwerden, bildet aber oft eine wesentliche Unterstützung der sonstigen Behandlung mit Jod, Nitraten, Vasotonin, Diathermie oder Herzmassage und Gymnastik.

5. Renale Insuffizienz gilt seit langem als Domäne der Milchdiät, so sehr, daß mit Recht vor schematischer Einseitigkeit gewarnt worden ist. Doch ist wohl zu unterscheiden zwischen andauerndem, ausschließlichem Milchgebrauch und vorübergehender Anwendung desselben. Daß letztere nützlich sein kann, besonders bei nachlassender Herzkraft, urämischer Dyspnoe, drohender Urämie, wird von niemand mehr bestritten.

6. Die Klappenfehler als solche bieten keine Indikation zur Karellkur, zum mindesten nicht in frischem Zustande. Erst wenn der Herzmuskel insuffizient und der Kranke hydropisch wird, kann die Anwendung geboten sein; ihre Intensität und Dauer wird von Fall zu Fall sorgsamer Erwägung bedürfen.

7. Daß hartnäckige Exsudate seröser Höhlen der Karellkur oft überraschend schnell weichen, hat Feenders bereits dargetan. H. stimmt dem bei.

8. Als Unterstützung der Digitalisbehandlung ist die Milchdiät seit langem von Huchard empfohlen. In der Tat, sagt Verf., ist diese Kombination oft da wirksam, wo jede der beiden Komponenten für sich versagt; sie eignet sich, in Verbindung mit Bettruhe, besonders dann, wenn ein auf der Grenze der Kompensation stehendes Herz periodisch gekräftigt und entlastet werden soll. Kr.

Dr. **Theo Groedel** (Bad Nauheim): **Kohlensäurebäder bei atrioventrikulärem Block.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Wie Verf. an einigen Fällen zeigt, kann Kreislaufinsuffizienz auch bei atrioventrikulärem Block durch Kohlensäurebäder günstig beeinflußt werden. In einem Falle von totalem atrioventrikulärem Block wurde während 3 je ½ Jahr auseinanderliegender Kuren mit Kohlensäurebädern die normale Reizleitung — wenigstens für eine gewisse Zeit — wiederhergestellt, während Medikamente keinen Einfluß ausübten.

Privatdozent Dr. **W. Falta** und Dr. **Ernst Freund** (Wien): **Ueber die Behandlung innerer Krankheiten mit Radiumemanation.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Die Verfasser berichten aus der 1. med. Universitätsklinik zu Wien über die Ergebnisse der Behandlung innerer Krankheiten mit Radiumemanation auf Grund von 192 Fällen. Zur äußeren Applikation in Form von Packungen, Umschlägen etc. verwendet man zunächst radioaktive Wässer oder radioaktiven Schlamm, ferner radioaktive Pflaster; die Verfasser verwendeten viel ein Auflegepräparat der Neulengbacher Radiumwerke. Ferner wurden Bäder verwendet; sie wirken hauptsächlich durch die dabei eingeatmeten Mengen von Emanation. Die Verfasser verwendeten gewöhnlich Bäder von 30000—60000 Macheeinheiten. Durch Verwendung von elektrischen Bädern oder im Vierzellenbad durch Zusatz von Emanation soll die Emanation nach einigen Autoren direkt durch die Haut in den Körper eingeführt werden. Die Verfasser sahen in einem Falle von dieser kombinierten Therapie eine gewisse Wirkung (lancinierende Schmerzen bei Tabes). Innerlich wird die Emanation in Form der Trinkkur angewendet. Man ist dabei meist nicht über 1000 Macheeinheiten pro die hinausgegangen. Die Verfasser wendeten meist höhere Dosen an, häufig 3 mal 2500 Macheeinheiten bis 15 000 oder 30 000 Macheeinheiten pro die. In einzelnen Fällen wurden sogar 3 mal 30 000 Macheeinheiten pro die verabfolgt. Endlich wird die Emanation noch auf dem Wege der Inhalation in den Emanatorien appliziert. Die von Löwenthal und Gudzent hierbei angegebene Dosierung beträgt 2—4 Macheeinheiten pro Liter Luft, bei Sitzungen von 2 Stunden evtl. 2 mal am Tage. Auch hierbei benutzten die Verfasser größere Dosen. Sie beginnen meist mit 22 Macheeinheiten pro Liter und steigen in besonderen Fällen auf 45, 110 oder 220 Macheeinheiten an. In manchen Fällen wurden die Dosen noch gesteigert (auf 440, 660 bis 1200 Macheeinheiten pro Liter Luft). Sie haben niemals schädliche Wirkungen von diesen hohen Dosen gesehen. — Was die behandelten Krankheitsgruppen anlangt, so wurden zunächst 10 Fälle von akutem Gelenkrheumatismus mit Emanation behandelt, davon 8 mit Erfolg. Die Behandlung soll im akuten Anfall durchgeführt werden; ein durchgreifender Erfolg ist nach den Erfahrungen der Verfasser nur bei Verwendung großer Dosen und nur im Emanatorium zu erwarten. Von 3 Fällen von sekundär chronischem Gelenkrheumatismus nach akutem wurde nur einer günstig beeinflußt. Ferner wurde ein Fall von gonorrhoischer Arthritis ohne Erfolg behandelt. Es kamen ferner 60 Fälle von primär chronischem Gelenkrheumatismus zur Behandlung, und zwar 16 Fälle der exsudativen, 30 Fälle der trockenen Form, 13 Fälle des primär chronischen Gelenkrheumatismus einzelner großer Gelenke, 1 Fall von Morbus Bechterew. Von den 16 Fällen der ersten Kategorie zeigten 7 wesentliche Besserung, 5 Fälle eine weniger erhebliche Besserung; 4 Fälle mit starken destruktiven Prozessen an den Gelenkknorpeln und Knochen verhielten sich völlig refraktär. Alle Fälle dieser Kategorie wurden im Emanatorium mit Dosen von 22—220 Macheeinheiten pro Liter Luft behandelt. Von den 30 Fällen der zweiten Kategorie zeigten 14 Fälle wesentliche, meist anhaltende Besserung, einige durch die Trinkkur allein, die Mehrzahl aber erst nach der Behandlung im Emanatorium; 3 Fälle zeigten leichte Besserung, 11 keinen Erfolg, 2 Verschlechterung. Von den 13 Fällen der dritten Kategorie zeigten 2 wesentliche, 4 Fälle leichte Besserung; bei 7 Fällen war der Erfolg negativ. In einem Falle von Bechterewscher Krankheit wurde mit Emanatoriumsbehandlung (hohe Dosen) Besserung erzielt.

Eine zweite Gruppe von Krankheiten, die mit Emanation behandelt wurden, ist die der Neuritiden und Neuralgien. In einem Falle von Polyneuritis unklarer Aetiologie wurde in drei Wochen vollständige Heilung erzielt. 2 Fälle von isolierter Neuritis, darunter eine luetische, wurden ohne jeden Erfolg behandelt, dagegen 2 Fälle von diabetischer Neuritis mit Erfolg. — Von tabischer Neuritis wurden 16 Fälle behandelt. In 5 Fällen wurden die lancinierenden Schmerzen wesentlich gebessert und in einem Falle die tabischen Krisen anscheinend günstig beeinflußt. In 10 Fällen war der Erfolg negativ. — Von Ischias wurden 14 Fälle behandelt; davon wurden 12 wesentlich gebessert; nur bei 2 ganz veralteten Fällen war die Behandlung erfolglos. Bei alten Fällen ist nur mit größeren Dosen im Emanatorium ein guter Erfolg zu erwarten. 4 Fälle von isolierter Neuralgie (Trigeminus, Brachialis etc.) wurden alle günstig beeinflußt. Ferner wurden 12 Fälle von Polyneuralgia (nach chronischen Giften, wie Nikotin und Alkohol, ferner nach Infektionskrankheiten, wie Influenza, Tonsillitis) mit Emanation behandelt, meist ohne Erfolg. — Was andere innere Krankheiten anlangt, so war in 7 Fällen von Asthma bronchiale der Erfolg ganz unsicher. Bei Fällen von Morbus Basedowii wurde eher Verschlechterung gesehen. 3 Fälle von schwerer croupöser Pneumonie wurden in einem eigens konstuierten Bettemanatorium behandelt. Der Erfolg war gut; es trat ein verfrühter lytischer Abfall der Temperatur und auffallend rasche Lösung des Exsudats ein. — Unter 3 Fällen von Coronarsklerose trat bei 2 Nachlassen der Anfälle ein. Verschiedene Beobachtungen weisen auf eine vasodilatatorische Wirkung der Emanation hin. Es scheint auch, daß die Emanation auf die Funktion der männlichen und weiblichen Keimdrüsen einwirken kann. Bei Männern beobachtet man manchmal Besserung der Potenz, bei Frauen Einwirkung auf die Menstruation (Verschlechterung bei Dysmenorrhoe, Wiederkehr der Periode bei Menopause und bei Amenorrhoe). — Die Frage der Kontraindikation der Emanationsbehandlung ist noch wenig geklärt. Die Neurosen des vegetativen Nervensystems werden ungünstig beeinflußt. Alle Fälle mit Neigung zu Blutungen (Lungentuberkulose, Hämophilie) kommen nicht in Betracht. Auch Erkrankungen auf luetischer Basis (nicht metaluetische) scheinen von vornherein wenig aussichtsreich. R. L.

Geburtshilflich-gynäkologische Therapie.

Dr. **A. Häberle** (Würzburg): **Zur Behandlung des infizierten Abortes.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Winter empfiehlt seit einiger Zeit dringend das abwartende Verhalten bei allen mit hämolytischen Streptokokken infizierten Aborten, soweit nicht durch eine bedrohliche Blutung ein aktiver Eingriff geboten ist. Auch einige andere Autoren haben sich auf Winters Standpunkt gestellt. Demgegenüber teilt Verf. aus der Würzburger Universitäts-Frauenklinik die Ergebnisse der aktiven Behandlung des infizierten Aborts mit, und zwar auf Grund des Materials der letzten 20 Jahre. Als infiziert betrachtet Verf. alle Fälle, bei denen vor der Ausräumung Fieber bestand oder bei denen ohne Fieber bei der Ausräumung fötide Zersetzung der Eiteile nachzuweisen war. Es wurden nur die Fälle aus der ersten Hälfte der Schwangerschaft in Betracht gezogen; ferner wurden nur diejenigen Fälle berücksichtigt, bei denen in der Klinik irgend ein intrauteriner Eingriff gemacht wurde, gleichgültig, ob außerhalb Ausräumungsversuche von Aerzten gemacht worden waren oder nicht. Die Zahl der nach diesen Grundsätzen gezählten infizierten Aborte beläuft sich auf 98. Davon hatten 30 vor der Ausräumung eine Temperatur von 38,5° und darüber, zum Teil mit schweren klinischen Erscheinungen. Von diesen 30 Fällen kamen 2 ad exitum, und zwar an Sepsis und an Peritonitis. Die übrigen Fälle wurden sämtlich als gesund entlassen, und zwar durchschnittlich 10 Tage nach der Ausräumung; in 16 Fällen fiel die Temperatur nach der Ausräumung sofort zur Norm ab, in 8 Fällen nach 1—3 Tagen, in 4 weiteren Fällen nach 4—8 Tagen. Komplikationen stellten sich, abgesehen von einem Fall mit leichter Thrombophlebitis am Oberschenkel, bei keiner Patientin sonst ein. 61 Frauen hatten Temperaturen zwischen 37,3 und 38,5°; bei 7 bestand fötide Zersetzung ohne Temperatursteigerung. Bei den Fiebernden selbst war in 16 Fällen fötider Ausfluß vorhanden. Von diesen 68 Frauen kamen 3 ad exitum, eine an Peritonitis,

2 an Pyämie. Die Entlassung der zur Heilung gekommenen Fälle erfolgte durchschnittlich nach 9,6 Tagen. Nur eine Patientin erkrankte im Anschluß an die Ausräumung schwerer, und zwar an Pyosalpinx mit wochenlang dauerndem, hohem Fieber. Bei einer anderen Patientin trat ein leichtes perimetritisches Exsudat mit vorübergehendem leichten Fieber auf. Einmalige Schüttelfröste mit hohem Fieber traten direkt im Anschluß an die Ausräumung 7 mal auf. Abgesehen hiervon erfolgte in 31 Fällen ein vollkommen fieberfreier Verlauf, 1- bis 3 tägiges Fieber schloß sich der Ausräumung in 20 Fällen an, vorübergehendes hohes Fieber folgte in 3 Fällen, 4—8 Tage dauerndes leichtes Fieber folgte in 8 Fällen, mehrtägiges hohes Fieber in 2 Fällen. Nur in dem Fall mit Pyosalpinx zog sich das Fieber wochenlang hin. — Verf. sieht in diesen Ergebnissen eine Bestätigung der alten Grundsätze der Abortbehandlung. Er weist auch darauf hin, daß das abwartende Verfahren durch das weitere Bestehen protrahierter Blutungen, welche die Frauen schwächen und ihre Widerstandsfähigkeit gegen die Infektion herabsetzen, eine Gefahr bedeutet. Zum Schluß geht Verf. auf die Technik der aktiven Therapie ein. Er sieht keine Gefahr in der instrumentellen Ausräumung bei fieberhaftem Abort. In 33 Fällen wurde bei der Ausräumung die Abortzange oder die breite stumpfe Curette benutzt; in 16 Fällen wurde sie neben der digitalen Ausräumung verwendet. Zahlenmäßig nachweisbar schlechtere Erfolge gegenüber der manuellen Ausräumung konnte Verf. nicht feststellen. Unglückliche Zufälle, wie Perforation des Uterus, kamen nicht vor. War eine Erweiterung der Cervix vor der Ausräumung nötig, so wurde dazu der Laminariastift verwendet. Nur in 4 Fällen trat eine erhebliche Temperatursteigerung nach Einlegung des Stiftes auf, einmal mit Schüttelfrost. In solchen Fällen wurde der Stift möglichst bald entfernt und die Ausräumung angeschlossen. Der Metreurynter sowie das Bossische Instrument wurden nur selten verwendet. An die Ausräumung wurde in allen Fällen eine ausgiebige Spülung mit ½ proz. Lysollösung angeschlossen und hierauf 10—20 ccm 20 proz. Karbolalkohol in das Uteruscavum injiziert.

Dr. **Franz Weber** (München): **Die Röntgentherapie in der Gynäkologie.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Verf. berichtet aus der Münchener Universitätsfrauenklinik über die Anwendung der Röntgenstrahlen in der gynäkologischen Therapie. Hinsichtlich der Technik waren im allgemeinen die von Albers-Schönberg gegebenen Vorschriften maßgebend. Zu sämtlichen Bestrahlungen wurde die Gundelachröhre benutzt; diese ruht auf dem von Albers-Schönberg angegebenen Kompressionszylinder, der neben der möglichst exakten Konzentration der Strahlen auf die Genitalorgane zugleich eine stets gleichbleibende Entfernung der Röhre garantiert; der Focusabstand betrug immer 38 cm. Die benutzte Stromstärke betrug anfangs 1—2 Milliampère, später 3—4 Milliampère; in jeder Sitzung wurden 3—4 X (nach Kienböck) appliziert; in der Regel betrug der Härtegrad der Röhren 7—10 Wehnelt. Es wurden meist 3, seltener 4 Bestrahlungen, zwischen denen stets ein bestrahlungsfreier Tag liegt, appliziert und dann eine Pause von etwa 14 Tagen gemacht, um dann wieder mit der Behandlung zu beginnen. Bei den ersten Anzeichen eines Erythems wird sofort die Behandlung ausgesetzt. — Bei kleinen, im Becken befindlichen Tumoren, sowie bei klimakterischen Blutungen wird der Kompressionszylinder direkt oberhalb der Symphyse, etwas schräg nach unten gerichtet, aufgesetzt. Bei größeren Myomen sucht man bei den einzelnen Sitzungen einmal das rechte, das nächste Mal das linke Ovarium mit dem Strahlenkegel zu treffen, um bei der dritten Bestrahlung den Tumor von der Mitte her direkt anzugreifen. Die Haut wird mit einem vierfach gefalteten Wildleder geschützt. Die Frauen befinden sich in leichter Beckenhochlagerung; Brust und Kopf werden durch mit Blei imprägnierte Decken, die Augen durch eine Bleiglasbrille geschützt. — Was den Zeitpunkt für den Beginn der Behandlung betrifft, so ist es am zweckmäßigsten, gleich nach Abschluß oder wenigstens in der ersten Hälfte nach einer Periodenblutung mit der Behandlung zu beginnen. Ernstere Schädigungen wurden in keinem Falle beobachtet, nur leichte Erytheme der Haut kamen hin und wieder vor. Einen Nachteil hat diese Methode: die verhältnismäßig lange Dauer der Behandlung. In dieser Hinsicht hat Gauss die Technik neuerdings sehr verbessert, so daß es jetzt möglich ist, den Kranken ohne jede Schädigung in einer Sitzung Strahlenmengen von 300 bis 400 X zu applizieren. — Was nun die bisher erzielten therapeutischen Erfolge anlangt, so sind in erster Linie die klimakterischen Blutungen zu nennen. In den meisten Fällen wird prompte Sistierung der oft unstillbaren Blutungen erreicht. Unter 49 derartigen Fällen wurde nur in einem Falle nachweislich kein Erfolg erzielt, so daß die Totalexstirpation des Uterus notwendig wurde; die übrigen wurden geheilt oder stehen noch in Behandlung. Die Heilung zeigt sich darin, daß entweder — meist bei Frauen über 46 Jahre — völlige Amenorrhoe eintritt, oder daß ohne Menopause (bei etwas jüngeren Frauen) von Zeit zu Zeit ganz schwache Blutungen sich einstellen, oder endlich, daß die Periode in normaler Weise wieder einsetzt. Bei sämtlichen Frauen wurde, bevor die Diagnose auf klimakterische Blutungen gestellt wurde, eine Abrasio mucosae vorgenommen, um eine maligne Erkrankung als Ursache der Blutung ausschließen zu können. Weniger sicher ist der Erfolg der Röntgentherapie bei jüngeren Frauen mit Meno- und Metrorrhagien; hier wurde nur in 4 von 9 Fällen eine Heilung erzielt. In einigen Fällen von dysmenorrhoischen Beschwerden wurde wesentliche Linderung erreicht. — Eine weitere Gruppe von Fällen, die sich für die Röntgentherapie eignen, betrifft die Myome. Im allgemeinen scheinen intramural gelegene Myome bessere Aussichten zu geben als die subserösen und gestielten und die rein submukösen. Verf. verfügt über 15 mit Röntgenstrahlen behandelte Myomfälle. Die Blutungen verhalten sich unter der Bestrahlung sehr verschieden. Zuweilen beobachtet man nach der ersten Bestrahlung eine beträchtliche Zunahme, bisweilen auch ein zu frühes Eintreten der menstruellen Blutung, daher ist bei ausgebluteten Frauen größte Vorsicht nötig. In anderen Fällen vermindern die vorher ganz abundanten Menses sich schon nach wenigen Bestrahlungen ganz erheblich, oder zeigen sich überhaupt nur noch spurenweise. Neben der Herabsetzung oder völligen Beseitigung der durch die Myome bedingten Blutungen (der menstruellen und intermenstruellen), sowie der Beseitigung der begleitenden Schmerzen und Beschwerden wurde in einer Reihe von Fällen eine allerdings meist sehr langsam sich vollziehende Verkleinerung der Tumoren beobachtet. Ein restloses Verschwinden der Tumoren wurde aber in keinem der von Verf. beobachteten Fälle erzielt. Bei Frauen, die schon im Beginn oder unmittelbar vor der Klimax stehen, tritt ein Heilerfolg im allgemeinen eher in Erscheinung als bei jüngeren Frauen. Mißerfolge bleiben bei Myomen nicht aus. In einem Falle mußte wegen Zunahme der Blutungen die Röntgenbestrahlung abgebrochen und der Uterus exstirpiert werden. In denjenigen Fällen, in denen durch die Röntgenbehandlung eine Cessatio mensium erzielt wurde, wurden entweder gar keine oder nur unbedeutende Ausfallserscheinungen beobachtet; nur in einem Falle waren diese stärker. Nur während der Bestrahlung wurden in einzelnen Fällen aufsteigende Hitze, Beklemmungen etc. beobachtet. — In einem Falle, bei einer Phthisica, wurde durch die Röntgenbestrahlung eine Unterbrechung der Gravidität erzielt.

Dr. **Béla Kelen** (Pest): **Röntgenbehandlung der chronischen Metritis.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Verf. hat in der ersten Universitätsfrauenklinik in Pest 38 Fälle von chronischer Uterusvergrößerung der Röntgenbehandlung unterzogen. 20 Fälle davon waren von Meno- und Metrorrhagien begleitet. In 9 Fällen bestand starker eitriger Ausfluß. 5 Fälle waren mit Descensus uteri und vaginae kombiniert. Die Bestrahlung wurde im Liegen, 3- bis 4 wöchentlich einmal, vorgenommen, mit einer Strahlenmenge etwas unterhalb der Erythemdosis, mit sehr harten Röhren (11—12 Wehnelt); Focus-Hautdistanz je nach der Korpulenz 25—40 cm. Unter 28 Fällen, die längere Zeit behandelt wurden, blieb die Bestrahlung nur bei einer Patientin, die an Prolapsus uteri und Descensus vaginae litt, gänzlich erfolglos. In allen übrigen Fällen war eine günstige Beeinflussung der Krankheit zu konstatieren. In 15 Fällen war die Verkleinerung des Uterus nach 2—3, höchstens 4 Bestrahlungen sehr auffallend; der Uterus ging nahezu auf die ursprüngliche Größe zurück. In den übrigen Fällen verschwanden die Symptome langsamer, so daß die Behandlung bei drei Kranken auf ein halbes Jahr ausgedehnt werden mußte. Subjektive Linderung der Krankheitserscheinungen trat oft bereits nach 4—6 Wochen ein. Bei zwei jugendlichen Kranken trat nach 2 resp. 3 Bestrahlungen Menopause ein, doch kehrte die Menstruation in 2 resp. 3 Monaten wieder. Metrorrhagische Blutungen kamen gewöhnlich zum Stillstand, ehe noch die normale Menstruation beeinflußt wurde. Doch kamen auch in einigen Fällen hartnäckige Blutungen vor, bei denen zur Blutstillung weitere Mittel angewendet werden mußten, bevor die günstige Wirkung der Röntgenstrahlen sich geltend machte. Etwaige gonorrhoische Ausflüsse wiesen keine Besserung auf, während Ausflüsse, die sich auf mechanische Ursachen (Senkungen etc.) zurückführen ließen, sowie nichtinfektiöse Ausflüsse im allgemeinen nachließen, um späterhin ganz zu verschwinden. Bindegewebige, derbe Metritiden zeigten sich widerstandsfähiger als schlaffe Verdickungen. In einigen Fällen beobachtete Verf. eine Verengerung der erweiterten Scheide unter Einwirkung der Röntgenstrahlen. Außer der Bestrahlung standen die Kranken unter der üblichen gynäkologischen Behandlung. Gegen gonorrhoischen Fluor wurde die Thermopenetration in 3—4 tägigen Intervallen mit gutem Erfolge angewendet. Eine Nebenwirkung der Röntgenbehandlung ist die künstliche Sterilität, die nach den bisherigen Erfahrungen etwas über ein Jahr dauert. Dadurch erhält die kranke und zur Konzeption ohnehin ungeeignete Gebärmutter eine längere Erholungspause. R. L.

Technisches.

Prof. Dr. **A. Henle** (Dortmund): **Ein haltbarer Ersatz der Esmarchschen Gummibinde.** (Zentralbl. für Chirurgie, 1912, No. 13.)

Verf. hat, um dem bestehenden Mangel der Gummibinden (Hartwerden) abzuhelfen, nach einer gummifreien elastischen Binde gesucht und glaubt zu etwas Brauchbarem gekommen zu sein. Als Träger der Elastizität dient Stahldraht, und zwar steht in dem verzinnten Klaviersaitendraht ein sehr geeignetes, nicht rostendes Material zur Verfügung. Dieser ist nicht zu einer Spirale aufgerollt, sondern annähernd in einer Ebene schlangenförmig gewunden, ähnlich den seinerzeit von Heusner für orthopädische Apparate angegebenen Stahldrahtserpentinen. Damit die Ränder des so entstehenden bandartigen Federgurtes nicht zu sehr einschneiden, ist dieser der Breite nach leicht gebogen. Seine konvexe Seite wird beim Anwickeln gegen das abzuschnürende Glied gerichtet. Diese Stahlserpentine würde an sich zur Herstellung der Anämie brauchbar sein. Es besteht aber die Gefahr, daß man sie durch zu starkes Ziehen über ihre Elastizitätsgrenze ausdehnt. Ihre Windungen würden dann mehr oder weniger gestreckt bleiben, der ganze Gurt nach kurzer Zeit aus der Form kommen und unbrauchbar werden. Es ist daher der Stahlgurt mit einer kräftigen Leinenbinde durchzogen, deren Länge so berechnet ist, daß sie die nötige Elastizität bestehen läßt, andererseits eine Ueberdehnung verhindert. In entsprechendem Abstande sind in der Leinenbinde zwei Schlaufen eingenäht, in welche die Enden des Stahldrahtes hineingesteckt werden. Auf diese Weise wird eine hinreichend feste Verbindung zwischen Stahl- und Leinengurt hergestellt. Letzterer trägt an seinem einen Ende einen mit Griffen versehenen Haken, welcher beim Anwickeln der Binde nach außen kommt und unter der nötigen Spannung in eine Drahtwindung eingehängt wird. In dieser Weise wird die Binde befestigt. Hängt man den Haken aus, so löst sich der Gurt dank seiner Elastizität von selbst. Man braucht ihn also nicht abzuwickeln, wenn man den Kreislauf wieder herstellen will. Dieser Prozeß kann sich erheblich leichter unter den Kompressen abspielen wie das umständliche Lösen der Gummibinde. Am anderen Ende überragt die Leinenbinde um 50 cm den Stahlgurt. Dieses freie Bindenende kommt beim Anwickeln zunächst auf die Haut zu liegen, unterpolstert demnach den Stahlgurt und verhindert ein zu starkes Eindrücken der Federwindungen. Beim Aufrollen der Binde zwecks Aufbewahrung wird mit dem Haken angefangen; die Konvexität kommt nach außen. Das Ende des überstehenden Leinenteils, welches den äußeren Abschluß bildet, wird mit einer Sicherheitsnadel an der unterliegenden Windung befestigt. Beim Gebrauch kommt demnach zunächst der Leinengurt auf die Haut, dann der Stahlleinengurt, und zwar Windung auf Windung, und schließlich der fixierende Haken. In der hier beschriebenen Form ist die Binde brauchbar. Der Gurt wird in drei verschiedenen Längen von der Firma Georg Härtel, Berlin N. 24, Ziegelstraße 1, geliefert. Kr.

Eine sinnreiche Neuerung auf dem Gebiete der Krankenpflege ist das von Dr. Richard Heilbrun, Fabrik elektrischer Apparate, Berlin SW. 48, konstruierte **elektrische Heizkissen.** Es handelt sich dabei um ein auf galvanischem Wege zu erwärmendes Kissen, das aus einem Gewebe von Widerstandsdrähten mit Asbest besteht. Ein einfacher Steckkontakt gestattet die Einschaltung der zugehörigen Leitungsschnur in die Lichtleitung. Nach etwa 10 Minuten ist die Maximaltemperatur von 80 bis 85° C. erreicht. Die Kissentemperatur kann aber auch auf einem niedrigeren Niveau erhalten werden vermittelst eines leicht zu bedienenden Drehschalters, der vom Bett aus auf drei verschiedene Wärmegrade einzustellen ist und ferner den Strom überhaupt auszuschalten erlaubt. Als Anwendungsgebiet des elektrischen Heizkissens kommen alle Krankheitszustände in Betracht, bei denen die Anwendung trockener oder feuchter Wärme indiziert ist; in letzteren Fällen ist das Kissen auf den mit Wasser getränkten Umschlag, über den noch ein wasserdichter Stoff zu bringen ist, zu applizieren. Das Heizkissen wird in zwei Größen hergestellt, im Normalformat von 34×38 cm und als Heizkissen für den Operationstisch im Format 45×80 cm. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung“.)

Sitzung vom 1. Mai 1912. (Schluß.)

Ueber Liegekurschiffe und Liegekuren auf See.

Herr **Max Senator:** Seit alters her besteht das Bestreben, die Thalassotherapie nicht nur an der Küste, sondern auf dem Meere selbst auszuüben. Die oft erwogene Idee, zu diesem Zwecke sogenannte „Sanatorienschiffe“ zu erbauen, ist in Wirklichkeit nicht ausführbar. Neben manchen anderen Hindernissen scheitert sie an den Kosten und der Seekrankheit. Einen Ersatz bilden „Liegekurschiffe“, wie sie bisher in Boston und Zoppot (bei Danzig) bestehen, welch letzteres S. aus eigener Anschauung kennt. Ein Dampfer ist mit desinfizierbaren Ruhebetten auf Deck ausgestattet und fährt mit 2 bis 3 Knoten Geschwindigkeit im Sommer angesichts der Küste auf See in den Vormittagsstunden umher. Zur Liegekur eignen sich nach vorheriger ärztlicher Untersuchung Anämische, Schlaflose, Neurastheniker, Ueberangestrengte. Tuberkulöse sind aus hygienischen und gesellschaftlichen Rücksichten ausgeschlossen, obwohl sie sich oft besonders für die Thalassotherapie eignen. Die Erfahrungen mit der Zoppoter Seeliegekur sind gute, und S. bestätigt aus eigener Erfahrung die beruhigende und kräftigende Wirkung einer solchen langsamen Fahrt, bei der Schweigegebot herrscht. Die Vorzüge dieses „Liegekurschiffes“ vor den Schiffssanatorien sind hauptsächlich sein geringerer Fahrpreis und die Unabhängigkeit von Wind und Wetter, d. h. die Fähigkeit, die Seekrankheit zu vermeiden. Bei ungünstigem Wetter braucht keine Fahrt unternommen zu werden, und ebenso kann das Schiff sofort zur nahen Küste zurückkehren, wenn unterwegs das Wetter wechselt. Auch hat der stete Anblick der Küste für viele Patienten etwas Beruhigendes im Gegensatz zur hohen See. Die Aussichten für weitere Einführung dieser „Liegekurschiffe“ sind gering. Auch hierbei sind die Kosten so, daß nach bisheriger Erfahrung eine Deckung der Unkosten oder gar Rentabilität ausgeschlossen ist; in Zoppot ist die Einrichtung nur durch finanzielles Eintreten des dortigen Aerztevereins möglich. Ferner eignen sich mit Rücksicht auf die Seekrankheit nur ganz wenige Meeresgegenden, die besonders geschützt und ruhig sind. Offene Meere kommen nicht in Betracht, aber auch nicht alle Teile der Ostsee. Boston liegt in einer geschützten Bucht, und ebenso Zoppot; letzteres im innersten Teile der Danziger Bucht, gedeckt durch die nordöstlich vorgelagerte Halbinsel Hela, so daß hier das Liegekurschiff für seine Kreuzfahrten im Sommer im allgemeinen auf ruhige See rechnen kann. Allerdings hat das Seeklima dabei nicht so starke „Ozeanität“ wie auf hoher See, sondern etwas Beimengung von „Kontinentalität“, und die Zeit seiner Einwirkung beschränkt sich nur auf wenige Fahrstunden. (Bericht des Autors.)

Diskussion:

Herr **Simons** spricht seine Ueberraschung darüber aus, daß Vortragender über die Idee der Seesanatorien, die seit Dezennien in Aerztekreisen erwogen wird, mit kurzer Begründung den Stab bricht. Der Haupttummelplatz für die Schiffssanatorien wird die Breite der nördlichen Passatwinde sein, und es ist bekannt, daß in diesen Breiten schwere Stürme nicht vorkommen, die Gefahr der Seekrankheit also nicht zu fürchten ist. Die Kapitäne behaupten ferner, daß sie einem Sturme aus dem Wege gehen können, sobald sie nicht an einen bestimmten Kurs gebunden sind und zeitig genug orientiert werden. Eine schwere Seekrankheit, die nicht zu überwinden wäre, ist in der Tat durchaus selten. — Es ist erfreulich, daß der Vortragende dem Liegekurschiff in Zoppot das Wort geredet hat, Redner möchte aber bitten, nicht dieserhalb nach Zoppot zu fahren, denn das Zoppoter Liegeschiff, das auch ihm bekannt ist, besteht nur in einem kleinen Tender, der mit der Art der Kur nichts zu tun hat. Was den Kostenpunkt der Schiffssanatorien betrifft, so beziehen sich die Berechnungen der Reedereien auf prächtig ausgestattete Schiffe und sind daher noch ziemlich hoch. Die Kosten könnten aber durch verschiedene Maßnahmen erheblich herabgesetzt werden. Redner hebt den heilsamen Einfluß langer Seefahrten für Kranke mit chronischem Rheumatismus und für Herzkranke aus eigener Erfahrung angelegentlichst hervor.

Herr **Senator:** Schlußwort. Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung“.)

Pädiatrische Sektion.

Außerordentliche Sitzung vom 13. Mai 1912.

Vorsitzender: Herr Joachimsthal.

Tagesordnung:

Der derzeitige Stand der Frage der Behandlung angeborener Hüftverrenkungen.

Herr **Joachimsthal:** Die angeborene Hüftverrenkung ist die häufigste klinisch behandelte Deformität der Gegenwart. Der Klumpfuß hat ihr weichen müssen, denn sie ist viermal so häufig. Die Diagnose soll möglichst frühzeitig gestellt werden. Besonders auf den Gang achtet man jetzt. Typisch ist die Unfähigkeit, beim Stehen auf dem affizierten Bein das Becken horizontal zu halten; es sinkt nach der Seite des erhobenen Beines und der Körper wird zur Erhaltung des Gleichgewichtes nach der kranken Seite gebeugt (Trendelenburgsches Phänomen). Ein weiteres Symptom ist die Achsenrichtung der Oberschenkel. Bei einseitiger Hüftgelenksluxation finden wir am normalen Beine die Achse des Oberschenkels nach dem Acetabulum hin gerichtet, während der Oberschenkel der

kranken Seite nach oben und hinten abweicht. Es findet sich also an der Stelle des Hüftgelenks eine tiefe Einsenkung.

Therapeutisc finden die palliativen Maßnahmen nur da Anwendung, wo die Zeit zur Einrichtung versäumt wurde. Bei frühzeitig erkannten Fällen nimmt Vortr. die unblutige Einrenkung vor, nur selten die blutige; zu letzterer benutzt er die Schnittrichtung von Ludloff und eröffnet das Gelenk in der Richtung der Adduktoren. Altersgrenzen sind einzuhalten; er beginnt mit den Maßnahmen im 2. Jahre; früher anzufangen, ist schwierig, weil die Kinder die Verbände beschmutzen; die obere Grenze bildet das 9.—10. Jahr, bei doppelseitigen Fällen das 6.—7. Jahr. Nur selten gelingt das unblutige Verfahren bei 15- bis 16 jährigen Mädchen. Aber dann folgen doch Steifigkeiten im eingerenkten Gelenk. Bleibt man in den genannten Grenzen, so sind Unglücksfälle zu vermeiden, Frakturen des Schenkelhalses und Paralysen.

Das Verfahren besteht aus zwei Akten: Reposition und Retention. Während er das Bein abduziert und flektiert und zugleich einen Druck auf den Trochanter ausübt, bringt er den Kopf in die Pfanne. Bei leichter Abduktion ist das Einrichten meist möglich, bei schwereren Fällen muß man aber über die Frontalebene hinausgehen. Der Verband wird in rechtwinkliger Flexions- und Abduktionsstellung angelegt. Er bleibt ein Vierteljahr liegen. Durch eine Sohle wird der Längenunterschied der Beine ausgeglichen. Ein Druck in der Gegend des Trochanters während des Verbindens schützt gegen die Reluxation. Ungünstig sind die Fälle, wo eine Torsion im Oberschenkelschaft besteht. Nach dem Abnehmen des Verbandes bleibt oft noch die Fixation erhalten; es erscheint durch das Versenken des Beckens eine Verlagerung der Extremitäten vorgetäuscht. Aber das ist durch Anbringen einer Sohle auf der gesunden Seite zu redressieren. Die Kranken soll man nach der Abnahme des Verbandes sich selbst überlassen.

Eine besondere Verzögerung in der Herstellung der Bewegung tritt bei Kindern der oberen Altersgrenze und bei ganz jungen Kindern ein; im ersteren Falle wird das aus der nicht konformen Gestaltung der Gelenkflächen und dem Spasmus der Muskeln, im zweiten Falle aus der mangelnden Muskelkraft erklärt; im letzteren genügt schon eine Fixation von vier Wochen.

Das Röntgenbild liefert den Beweis, daß im Bereich der Gelenkenden Veränderungen entstehen, die in einer Resolution bestehen. Bei Fällen, die vor Jahren eingerenkt sind, kommt es zuweilen zur Verkleinerung des Schenkelhalsbügels und zu Erscheinungen, die an Arthritis coxae senilis erinnern; das ist aber nur im Röntgenbild, nicht klinisch erkennbar. In einem Falle entwickelte sich 9 Jahre später progressive Muskelatrophie; ein ätiologischer Zusammenhang fehlt.

Heilungsvorgänge bei Osteogenesis imperfecta.

Herr **Joachimsthal** demonstriert ein Kind, das mit vier Wochen zahlreiche Frakturen der Arme und Beine, z. T. Verbiegungen höchstgradiger Art, zeigte; sie werden durch das Röntgenbild bestätigt. In vier Monaten ist unter Phosphortherapie diese Störung, die angeboren, nicht etwa rachitisch ist, größtenteils glatt geheilt.

Demonstration zur orthopädisch-chirurgischen Behandlung der Lähmungen.

Herr **Peltesohn**: Die Frage der Behandlung der Lähmungen der infantilen Meningitis ist noch nicht abgeschlossen; drei Stadien des Leidens sind auch im therapeutischen Interesse zu scheiden: das akute, das der Reparationserscheinungen und das der Lähmungen. — Im akuten Stadium bekam Vortr. nur Kinder zu sehen, wenn es Lagerungsapparate erforderte, welche das Rückgrat festlegen sollen; dazu eignet sich ein Gipsbett, das billig herzustellen ist; sind die unteren Glieder gleichzeitig gelähmt, so sind entsprechende Lagerungsapparate ähnlicher Art zweckmäßig. — Häufiger ist die Konsultation des Orthopäden im zweiten Stadium; meist handelt es sich um gehfähige Kinder; hier sind Klump- und Plattfuß von Bedeutung. Da die Muskeln im ersten Jahre nach der Lähmung sich noch erholen können, so müssen wir diese Bestrebungen fördern. Oft ist aber die Muskulatur überdehnt; hier muß man dem Fuß die normale Stellung geben, indem man den übermäßigen Antagonisten entgegenwirkt. Unter einem Gipsverband stellt sich die Muskulatur schnell wieder her. Später empfiehlt es sich, leichte Apparate tragen zu lassen, die nachts durch leichte Celluloidhülsen ersetzt werden. — Am häufigsten sieht Vortr. das dritte Stadium. Es kann aber auch trotz schwerster Lähmungen fast normale Funktion bestehen; hier ist ein Eingriff nicht nötig. Hat die Lähmung zur Deformität geführt, so verfügen wir zuerst über vorbereitende Maßnahmen; bei Klumpfuß und Gelenkkontrakturen geschieht die Bekämpfung durch Tenotomie, Fasciotomie, Durchschneidung der Muskeln und Redressement, z. B. der Füße. Weitere Maßnahmen sind oft nicht nötig, weil sich die Funktion wiederherstellt.

Bei allen Lähmungen kommen drei Arten von Operationen in Betracht: Sehnenüberpflanzung, Versteifung von Gelenken und Nerventransplantation; die Resultate der letzteren sind bisher nicht sehr ermutigend; das liegt nicht an der Technik, sondern daran, daß die Endverzweigungen der Nerven in den Muskeln zugrunde gegangen sind. Die Sehnenverpflanzung soll die Funktion bessern oder heilen oder Rezidive verhüten; einmal pflanzte Vortr. den Sartorius auf den gelähmten Anadriceps cruris, ein anderes Mal einen Zipfel der Achillessehnen auf den Peroneus über. — Arthrodesen soll man möglichst sparsam machen. Denn die Kinder sind oft übel daran. Man soll aber nie zwei benachbarte Gelenke, z. B. Knie- und Fußgelenk, gleichzeitig versteifen. Denn dann tritt eine Wachstumsverkürzung in gesteigertem Maße ein. Bei Kontrakturen sind die Sehnen zu durchschneiden oder die Förstersche Operation der Resektion der Rückenmarkswurzeln der betreffenden Nerven vorzunehmen; oder, da letzteres sehr eingreifend ist, so schwächt man die motorischen Nerven, indem man sie eines Teiles ihres Querschnittes, der zu den kontrakten Muskeln führt, beraubt. Vortr. hat das Verfahren dreimal mit Erfolg ausgeführt.

Ein Fall von spastischer Hemiplegie.

Herr **Peltesohn**: Pat. war vor einer Reihe von Jahren auf einem Stuhl sitzend mit dem Rücken gegen eine Latte gefallen; ein Nagel der letzteren drang in die Medulla ein. Es kam zu Spasmen der ganzen linken Seite. Durch Tenotomien und plastische Operationen gelang es, die Störungen zum größten Teil zu beheben.

Nervenstörungen und Halsrippe.

Herr **Blank**: Es gibt Halsrippenträger ohne und solche mit erheblichen Störungen. Die letzteren gehen von den im Halsdreieck gelegenen Organen aus. Die ersten Erscheinungen können in jedem Alter auftreten; Trauma und Neubildungen, Entzündungen der Rippen befördern sie. Von diesen selteneren Fällen abgesehen, wird die Störung durch langsam auftretende Stauung der Arme, Sensibilitätsstörungen, Parästhesie und Anästhesie, Lähmung und Muskelatrophie dokumentiert. Nur das erste Kindesalter ist ausgenommen, wenn man von der durch die Halsrippen ebenfalls zuweilen verursachte Skoliose absieht.

Für das späte Auftreten der Störungen wurden Alterserscheinungen, Sklerose an den Rippen und der Wirbelsäule verantwortlich gemacht, desgleichen der Schwund des Fettpolsters. Eine plausiblere Erklärung scheint das Längenwachstum der Wirbel zu geben. Gerade im adolescenten Alter tritt die Erscheinung auf; es kommt zur Streckung der Wirbel und zur Bildung eines spitzen Winkels zwischen Rippe und Wirbelsäule. Bei bindegewebigen Verwachsungen der Halsrippe mit der Nachbarschaft muß es zu Zerrung an Nervenplexus und Gefäßen kommen.

Im vorliegenden Falle bestand Schwächung der Hand, Taubheit, Kriebelgefühl und Kälte der Extremitäten, blaurote Farbe der Hand, Abmagerung der Groß- und Kleinballenmuskulatur; es bestand keine Skoliose und keine Bewegungsbeschränkung.

Diskussion:

Herr **Bibergeil**: Da die Störung im Bereich des Ulnaris lag, so erforderte sie eine Operation, aber eine solche hinterläßt zuweilen Folgen; der Nervenstamm, dem Plexus brachialis angehörig, wurde vorsichtig aus seinem Knochenkanal gelöst und in die Muskelmasse des Scalenus anticus verlagert, die Knochenfortsätze abgekniffen, die konsekutive Blutung aus den Stümpfen mühsam durch Tamponade gestillt und verbunden. Als die Kranke erwachte, bestand aber eine komplette Plexuslähmung; dabei hatte Vortr. ängstlich vermieden, Teile des Plexus freizulegen oder mit Häkchen zurückzuziehen, worauf Borchard seinen Mißerfolg zurückführt. Diese Lähmung bildete sich indessen allmählich größtenteils zurück. Es besteht nur noch im Bereich der Schultergürtelmuskulatur eine Störung. Die Beschwerden sind aber geheilt, die Sensibilitätsstörungen des Ulnaris geschwunden. Der freigelegte Nervenast war wohl der Ulnarisanteil des Plexus brachialis gewesen.

Zur Aetiologie des Hohlfußes.

Herr **Bibergeil**: Ueber das Wesen des Hohlfußes herrscht noch ein ziemliches Dunkel; Duchenne hat 10 Fälle untersucht; nach ihm handelt es sich um Schwäche oder Paralyse der kleinen Fußmuskeln; es kommt zum Uebergewicht der Extensores digitorum und zur Krallenstellung der Zehen. Man findet dann Subluxation im 1. Metatarso-Phalangealgelenk; es bildet sich der Krallenhohlfuß. Der idiopathische Hohlfuß ist nicht angeboren, sondern nervösen Ursprungs. Geiger hat in Freiburg fünf Fälle beobachtet und sah bei einem Spina bifida occulta im Röntgenbild; bei drei anderen wurde diese Diagnose schon klinisch gestellt; es handelt sich demnach wohl um Störungen des unteren Rückenmarkanteiles.

Vortr. sah hier ebenfalls einen kleinen Jungen, der zunächst den Eindruck der Peroneusparese machte; aber der Peroneus war gesund. Auch hier war aber im Röntgenbild Spina bifida occultissima nachweisbar. Hypertrichosis etc. fehlte. Dieser Befund hat große Bedeutung. Vielleicht können wir jetzt kausal behandeln. Es handelt sich um Störungen, die in einer Hypoplasie oder Aplasie des Markes beruhen, bedingt durch Verdrängung des Markes z. B. durch Geschwülste: Myelodysplasie, Enuresis nocturna, Syndaktylie, Fußstörungen, Sensibilitätsstörungen sind die Folgen. Beim angeborenen Hohlfuß muß man also an Kompressionswirkungen auf das Filum

ferminale denken. Durch Freilegung ist von Maass und Johus eine solche Strangbildung festgestellt worden. Ihre Exstirpation bedingte Heilung, bezw. Besserung. Sie hatte den Bogen überbrückt und das Mark komprimiert. Vielleicht ist es zweckmäßig, die Spina bifida da freizulegen und die Markteile von dem Druck durch den Strang zu befreien, denn das Leiden schreitet seit 6 Monaten fort. Mode.

---

29. Deutscher Kongress für innere Medizin

vom 16. bis 19. April 1912 zu Wiesbaden.

Referent: K. Reicher (Bad Mergentheim).

(Fortsetzung.)

Herr **W. Alwens** und Herr **J. Husler** (Frankfurt a. M.): **Röntgenuntersuchungen des kindlichen Magens.**

Die Lage und Form des Säuglingsmagens hängt von seinem eigenen Füllungszustande und dem der umgebenden Bauchorgane ab. Schon nach Aufnahme von wenig Flüssigkeit zeigt sich oft eine verhältnismäßig starke Erweiterung des Fundus und im Gegensatz hierzu eine starke Kontraktion des Antrum pyloricum, welches mit zunehmender Füllung unter dem unteren Leberrand sogar verschwinden kann. Bei Kindern jenseits des ersten Lebensjahres findet sich ein mehr vertikal gestellter Magen. Demonstration von Diapositiven, die mit dem Dessauerschen Blitzapparat aufgenommen wurden.

Herr **Klee** (Tübingen): **Der Einfluß der Vagusreizung auf die Magen-Darmbewegungen und die Weiterbeförderung des Magen-Darminhaltes (Röntgenversuche an Rückenmarkskatze).**

An narkotisierten und nachträglich dekapitierten Tieren kann man die Dickdarmbewegungen in ganz normaler Weise ablaufen sehen. Durch Reizung der beiden Vagi am Halse mit mittleren Strömen entstehen am Magen nach kurzdauernder Hemmung sämtlicher Bewegungen außergewöhnlich heftige Einschnürungen, welche ihn in zwei oder mehrere Teile trennen. Der Wismutbrei tritt sofort in den Pylorusteil über und wird in mächtigen Schüben in das Duodenum befördert. Die Magenentleerung beginnt nach Vagusreiz statt nach 1 bis 2 Stunden schon nach 6 bis 7 Minuten. Der Pylorus öffnet sich anfangs beim Herannahen jeder Welle, schließt sich dagegen für längere Zeit nach stärkerer Füllung des Duodenums. Auch am Dünndarm werden die Wellen bedeutend verstärkt und beschleunigt, nicht dagegen im Dickdarm.

Diskussion:

Herr **J. Schwenter** (Bern) untersuchte in Einzelschlagaufnahmen in Pausen von ¼—3 Stunden den Einfluß von Opium und dessen Derivaten auf den Verdauungstraktus. Er findet eine Verzögerung der Magenentleerung und einen Kontraktionsring über dem Antrum pylori bei subkutaner Applikation der Opiumpräparate vor der Mahlzeit. Am Dünndarm zeigten sich deutlich vorübergehende partielle Erschlaffungen oder Erweiterungen, am Dickdarm bis zu 24 Stunden andauernde Erschlaffung. Morphinfreie Pantoponpräparate wiesen diese Erscheinungen weniger deutlich auf.

Herr **Jonas** (Wien) bespricht an der Hand von 10 klinisch und radiologisch beobachteten Fällen das Verhältnis zwischen Stuhlbildung und Darmmotilität, resp. die Berechtigung, aus flüssigen Stühlen auf Hypermotilität und aus harten Stühlen auf Hypomotilität des Darmes zu schließen. Flüssige Stühle sprechen stets für Hypermotilität des Dickdarms (fehlende Eindickung), doch niemals für Katarrhe oder Achylie — letzteres deshalb, weil auch die nervöse Motilität der Hyperaciden zu flüssigen Entlerungen zu führen vermag. Aus dem Stuhlbilde der Obstipation darf nur auf Hypomotilität irgendeines Darmabschnittes, jedoch niemals auf Verlangsamung der Darmpassage überhaupt geschlossen werden, weil harte Stühle, trotz abnorm rascher Passage des Darmes zustande kommen können durch sigmoidales oder rektales Liegenbleiben des Stuhles mit folgender Eindickung desselben.

Herr **Ad. Schmidt** (Halle): Der Begriff der chronischen funktionellen Obstipation ist nicht derselbe, wie der der verlangsamten Fortbewegung des Kotes durch den Dickdarm. Es gehört dazu die zu seltene und erschwerte Stuhlabsetzung und eine abnorme Beschaffenheit des Kotes selbst, nämlich eine zu große Trockenheit und zu geringe Menge desselben. Die Röntgenuntersuchung hat uns bei der Obstipation einen wesentlichen Schritt weitergebracht, indem sie uns den Ascendenstypus mit einer Art Sphinkter in der Mitte des Querkolon, ferner die rein hypokinetische Form (Schwarz), drittens die hyperdyskinetische, viertens die hyperkinetische und endlich die Dyschezie (Hertz) unterscheiden läßt. Doch sprechen gegen die Abgrenzung dieser 5 Formen wegen der Variabilität des hyperkinetischen Momentes noch große Bedenken. Die Unterscheidung zwischen spastischer und atonischer Obstipation ist nur praktisch, aber nicht theoretisch wichtig. Beim Zustandekommen der Verstopfung hält Sch. das eupeptische Moment, nämlich die ungewöhnlich gute Lösungsfähigkeit für Cellulose für das primäre und die verlangsamte Bewegung für das sekundäre Moment.

Herr **v. Bergmann** (Altona) hat mit Lenz niemals direkt eine antiperistaltische Welle am Dickdarm gesehen, doch sprechen in der Literatur niedergelegte, sowie eigene Beobachtungen dafür, daß doch ein Transport in entgegengesetzter Richtung stattfindet. Es werden große Massen zum Zwecke der Eindickung hin- und hergeworfen, ja man sieht oft, wie eine große Strecke des Colons sich zusammenzieht, so daß nur ein ganz schmales Band übrigbleibt, und man sieht dann einen Kotballen in einer höher gelegenen Schlinge, der nur durch retrograde Bewegung dahingelangt sein kann.

Herr **Matthes** (Marburg) macht darauf aufmerksam, daß Herter aus seiner Klinik vor 2 Jahren bereits 3 Kotsteine im Röntgenbilde festhielt. Darmspasmen mit heftigen Schmerzen finden sich häufig bei starken Rauchern und schwinden nach Abstellen des Tabakabusus sofort. Bei einem Individuum mit Spasmen gelang es nicht, ein Wismutklysma in die oberen Darmpartien zu bringen.

Herr **E. Stierlin** und Herr **E. Fritzsche** (Basel): **Experimentelle Untersuchungen der Dickdarmfunktion beim Affen.**

Die Autoren konnten an Affen nach Applikation eines reizenden Einlaufes in dem mit Wismutkot gefüllten Dickdarm kleine Verteilungsbewegungen und im proximalen Colon antero- und retrograden Kottransport, letzteren nicht durch passives Zurückfließen, sondern als retrograd gerichtete Darmaktion beobachten. Nach Umschaltung eines Abschnittes in der proximalen, sowie in der distalen Colonhälfte passiert der Kot das umgedrehte Stück in der der physiologischen entgegengesetzten Richtung.

Diskussion:

Herr **A. Köhler** (Wiesbaden) ist durch die Beobachtung eines speiseleeren, lufterfüllten Magens zu der Ansicht bekehrt worden, daß die Hakenform des Magens die Normalform sei. Die Darstellung des Wurmfortsatzes gelang in 2 Fällen.

Herr **Kästle** (München) demonstriert einen Fall von Obstipation mit außerordentlich druckempfindlichem, bleistiftähnlich kontrahiertem Quercolon, welches nach Atropineinspritzung tief herabhängt und stark verbreitert erscheint. Der Spasmus war also mit Kontraktion der Längs- und der Quermuskulatur einhergegangen. (Forts. folgt.)

---

41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 10. bis 13. April 1912 zu Berlin.

Bericht von Privatdozent Dr. M. Katzenstein (Berlin).

(Fortsetzung.)

Herr **E. Rehn** (Jena): **Versuche über Duraersatz.**

Mit der Erkenntnis von der großen Bedeutung des Duraersatzes zur Verhütung und Beseitigung der traumatischen Epilepsie ist die Zahl der plastischen Verfahren zu einer außerordentlich großen angewachsen. Eine Durchsicht der Literatur lehrt aber, daß sich eine Methode, welche theoretisch und praktisch den strengsten Forderungen genügt hätte, noch nicht hat ermitteln lassen. Dieser Umstand veranlaßt Vortragenden zu einer Gegenüberstellung der Fragen: was man von der Duraplastik verlangt, und was man von ihr mit den bisherigen Verfahren erwarten darf?! Es ergibt sich, daß die üblichen Methoden der freien Gewebsplastik der Anforderung, einen frei ausgespannten membranartigen Verschluß des Duradefektes zu liefern, nicht nachzukommen vermögen, weil der zur Einheilung gelangende bindegewebige oder bindegewebsverwandte Gewebsfaktor fast ausnahmslos Verwachsungen mit der Umgebung eingehen wird. Ueberdies kommt das Transplantat bei der traumatischen Epilepsie nicht auf eine normale, sondern narbig veränderte Hirnoberfläche zu liegen. Um diesen Verwachsungen entgegen zuwirken, empfiehlt Vortragender die Verwendung eines nachgiebigen pufferartig wirkenden Polsters, in Gestalt des subkutanen Fettgewebes. Im Tierexperiment ergab sich zwar eine gewisse Schrumpfung des in einen künstlichen Duradefekt eingesetzten Fettstückes, doch konnte letzteres nach monatelanger Beobachtungsfrist als hinreichend breite Isolierschicht mit basaler, den Duradefekt überbrückender Bindegewebsplatte festgestellt werden.

Hieran schließt sich die Demonstration von drei Kranken:

1. Eine 4 Jahre bestehende, im Anschluß an Osteomyelitis cranii entstandene traumatische Epilepsie wurde durch autoplastische Interposition eines mächtigen Fettlappens (10 cm im Durchmesser, 1 cm dick) vollkommen geheilt (Beobachtungszeit 60 Monate).

2. Im Anschluß an eine infizierte perforierende Schädelverletzung hatten sich anfallsweise auftretende Kopfschmerzen mit Herabsetzung der psychischen Funktionen eingestellt. Durch Interposition eines autoplastischen Fettlappens, der, wie bei Fall 1, reaktionslos einheilte, wurde Patient geheilt (Beobachtungsdauer 3 Monate).

3. Vorstellung eines Kranken, bei dem ein großer Schädeldefekt durch eine entsprechend zugeschnitzte Hornplatte gedeckt wurde. Auch hier erfolgte die Einheilung reaktionslos. (Beobachtungsdauer 3 Monate.)

Vortragender betont zum Schluß, daß es sich nicht um Dauerresultate handelt, er glaubt aber die Verfahren empfehlen zu können, weil sie experimentell begründet sind und klinisch auf anderen Gebieten bereits Gutes geleistet haben.

Herr **v. Haberer** (Innsbruck) berichtet über einen Fall von **ausgedehntem traumatischen Defekt des knöchernen Schädels und der Zentralregion der rechten Gehirnhälfte.** Das Trauma lag schon einige Jahre zurück, als der Patient wegen spastischer Parese der linken Körperhälfte und wegen Krampfzuständen in Behandlung kam. Bei der Operation fand sich gleich unter der narbig veränderten Haut eine große Cyste, die nur von Narbengewebe gedeckt war. Die harte Hirnhaut fehlte im ganzen Bereiche der ausgedehnten, fast das ganze Scheitelbein, einen Teil des Stirn- und Schläfenbeines in sich begreifenden Schädellücke. Nach Wegnahme der narbigen Decke der Cyste erwies sich diese als die mächtig erweiterte, rechte Hirnkammer. Infolge Mangels jeden verwertbaren Materials in der Umgebung entschloß sich v. Haberer, den Ventrikel mit frei vom Oberschenkel her verpflanzter Fascie zu decken. Sie wurde durch Nähte mit den Rändern der inzwischen aufgesuchten Dura vereinigt. Es erfolgte glatte Heilung. Die Schwäche der linken Extremitäten konnte sich, da ein irreparabler Defekt der rechten Zentralregion bestand, wohl nicht bessern, aber die Krämpfe sind nie mehr wiedergekehrt. Die verpflanzte Fascie ersetzt also in diesem Falle nicht nur einen Gewebsdefest, sondern deckt auch einen mit Flüssigkeit gefüllten Hohlraum.

Diskussion:

Herr **F. Krause** (Berlin) berichtet über vier Beobachtungen von breiter Freilegung der Hirnventrikel. In zwei Fällen handelte es sich um junge, 7½ bis 10 Jahre alte Kinder, aus deren Anamnese schwerer Geburtsverlauf, Halbseitenlähmung, spastische Parese und Jacksonsche Epilepsie der gelähmten Seite nebst Verblödung hervorgehoben sei. Bei der Operation findet sich eine große Cyste mit freiflottierendem Plexus: der vom Ependym bedeckte Seitenventrikel. Von Zentralwindung war keine Spur vorhanden. Nachdem ca. 200 ccm Flüssigkeit abgelassen waren und die Dura durch Abtragung der Knochenränder in weiterem Umfange mobilisiert war, wurde der Defekt geschlossen. Vortr. vermeidet die Drainage nach Hirnoperationen. Der Heilungsverlauf war sehr erschwert. Fast wider Erwarten wurden beide Kinder gesund und erlangten trotz des Fehlens der motorischen Region eine gewisse Beweglichkeit des Armes. Bei einem Mädchen operierte Vortr. eine Cyste des Oberwurms, die sich in die eine kleine Hirnhemisphäre erstreckt und mit dem vierten Ventrikel kommuniziert. Isolierte Atemlähmung ohne Bewußtseinsverlust während ¾ Stunden. Die Höhle wurde mittels Duraplastik vom Felsenbein her gedeckt. Der wichtigste Fall ist der vierte, der als Wurmtumor angesehen wurde. Unvermutet sah Krause bei der Operation die Gebilde am Boden des vierten Ventrikels vor sich. Die Bedeckung wurde durch Vernähung der Kleinhirnhemisphären und Duralappen angebahnt. Die Rekonvaleszenz war sehr schwer, jetzt besteht nur noch etwas Schwindel.

Herr **Kirschner** (Königsberg): Die Fascia lata hat sich zur Duraplastik in 17 Fällen ausgezeichnet bewährt, den Hirnprolaps stets verhütet, Infektion des Liquors ausgeschlossen und sogleich einen dichten Abschluß gebildet. Verwachsungen wurden nie beobachtet. Die Fascie bildet eine Brücke für das neugebildete Endothel, so daß nur bei großen Defekten eine Lücke in diesem bleibt und eventuell eine Verwachsung nicht verhindert wird. Die Fascia lata besitzt alle Vorzüge, die Rehn dem Fettgewebe nachrühmt und ist diesem aus den angeführten Gründen überlegen.

Herr **Perthes** (Tübingen): Bei einer 20jährigen Epileptica mit 17 bis 20 täglichen Anfällen fand sich einee zirkumskripte, seröse Meningitis in den Maschen der verdickten Arachnoidea. Patientin bekam nur noch einen Anfall nach der Operation. Auf Grund der Tierversuche von Pollatschek findet Redner das Peritoneum gut verwendbar zum plastischen Ersatz der Dura, da merkwürdigerweise das Peritoneum außerhalb der Bauchhöhle wenig Neigung zur Bildung von Verwachsungen hat. Von den sieben Fällen des Redners starben aus anderen Ursachen zwei. Die Einheilung ist so ideal, daß nur die Anordnung der elastischen Fasern im mikroskopischen Bild eine Unterscheidung gestattet. Für den Fall, daß über Narbengewebe oder frischen Wunden das Peritoneum stärker zu Verwachsungen neigen sollte, würden plastische Duraoperationen möglich sein, wobei die sekundären Defekte mit Peritoneum (stets von frischen Bruchsäcken) bedeckt würden.

Herr **Borchard** (Posen) beobachtet seit 2½ Jahren einen dem Wendelschen ganz ähnlichen Fall, der dauernd durch Operation geheilt ist. Er nimmt an, daß die Meningitis serosa circumscripta ganz bestimmte Prädilektionsstellen besitze, und daß die Ausheilung durch Schaffung neuer Abflußbahnen infolge der Operation erfolgt.

Herr **v. Beck** (Karlsruhe) berichtet über drei Fälle der gleichen Affektion, von denen der dritte oftmals rezidivierte; bei der letzten Operation fand sich eine Cyste im Occipitalhirn.

Herr **Blauel** (Ulm): Tödlich verlaufener Fall von Schußverletzung der Carotis interna in ihrem intrakranialen Verlauf.

Herr **Schmieden** (Berlin) steht, anknüpfend an den Vortrag des Herrn Krause, durchaus auf dem Standpunkt, daß man möglichst nach allen Operationen am Gehirn die primäre Naht der Wunde anstreben soll. Freilich muß er nach Erfahrungen der Bierschen Klinik eine gewisse Einschränkung dieses Lehrsatzes fordern, und zwar für die hintere Schädelgrube. Hier ist die Gewebsbehandnlung und Blutstillung, namentlich bei tiefsitzenden Tumoren, Cysten, Meningitis serosa, Probefreilegungen mit Substanzexzisionen keineswegs immer so gut durchführbar, daß Nachblutungen usw. mit Sicherheit vermieden werden können. Er rät zu einer technisch korrekt durchzuführenden Drainage für kurze Zeit, von der er nie Nachteil, wohl aber großen Vorteil sah für das Ueberstehen des Eingriffs und auch für die rasche Rekonvaleszenz, indem der für die Medulla gefährliche Druck in der hinteren Schädelgrube dadurch vermieden wird.

Herr **Brünings** (Gießen) erinnert an die von ihm erwiesene Möglichkeit des Duraersatzes durch Spaltung der Dura in zwei Blätter. Nach ¾ Jahren fanden sich keine Verwachsungen.

Herr **Denk** (Wien): Man müsse den Liquordruck vom Hirndruck unterscheiden. Letzterer beruht auf der Blutfüllung des Gehirns — er sah ihn im Verlauf einer Operation durch erschütternde Meißelschläge negativ werden; das Hirn versank. Druck auf das Chiasma mache Sehstörungen, nicht aber Stauungspapille.

Herr **v. Eiselsberg** (Wien): Die Fascienplastik leistete in 15 Fällen Gutes. Knochendefekte deckt er durch Transplantation von Tibia oder mit Celluloid. Der Drainage würde er noch einen „verlorenen Tampon" vorziehen.

Herr **Wendel** (Magdeburg) hat in einem Falle den Seitenventrikel breit eröffnet, um aus der Tiefe des Parietallappens einen diagnostizierten (Astereognosie, Dyspraxie usw.) Tumor hervorzuholen — ein Plattenepithelcarcinom, welches primärer Natur sein und vom Ependym herrühren muß.

Herr **Goldenberg** (Nürnberg): Spastische Diplegie, gebessert durch Förstersche Operation. Bei den zur Behebung der Kontrakturen erforderlichen lokalen Eingriffen wurde der Peroneus durchtrennt und autoplastisch wieder vereinigt.

Herr **Spitzy** (Graz) warnt vor dieser Vereinigung eines verletzten Nerven.

Herr **Baruch** (Breslau): **Zur Diagnostik der Rückenmarkstumoren.**

Vortr. weist auf die Bedeutung der Lumbalpunktion bei Verdacht auf Rückenmarkstumor hin. Unter vier in letzter Zeit an der Küttnerschen Klinik operierten Caudatumoren fand sich dreimal eine Kombination von Xanthochromie, hohem Eiweißgehalt, schneller Gerinnbarkeit und in zwei Fällen auch Pleocytose des Liquors. Redner nimmt an, daß diese Veränderungen durch meningitische Prozesse bedingt seien und Ergüssen der serösen Höhlen entsprächen, wie sie durch Tumoren hervorgerufen würden. Danach wäre also die gewonnene Flüssigkeit gar kein Liquor, sondern meningitisches Exsudat.

Der Befund sei so charakteristisch, daß daraufhin die Diagnose „Tumor" gestellt werden könne. Auch über dessen Sitz bekomme man insofern einen Anhaltspunkt, als man sich mit der Nadel unterhalb der die Liquorzirkulation behindernden Geschwulst befinden müsse. (Forts. folgt.)

Der 33. Balneologen-Kongress in Berlin

vom 7. bis 11. März 1912.

Vorsitzender: Geheimrat Prof. Dr. Brieger.

Referent: Dr. Max Hirsch (Bad Salzschlirf).

(Fortsetzung.)

Das Gebiet der **Unterdruckatmung** behandeln folgende beiden Vorträge.

Herr **Bruns** (Marburg a. L.) hob die Bedeutung der Unterdruckatmung bei der Behandlung von Kreislaufstörungen hervor. Sie ist dadurch charakterisiert, daß eine Differenz zwischen dem Luftdruck geschaffen wird, der auf der Körperperipherie lastet, und dem unteratmosphärischen Druck, der im Innern des Thorax bezw. der Lunge erzeugt wird. Die Druckdifferenz zwischen außen und innern veranlaßt eine Erweiterung des Stromnetzes im kleinen Kreislauf und ein energisches Druckgefälle des Venenblutes nach dem Lungeninneren. Dadurch wird das Herz in seiner Funktion unterstützt, die Füllung des linken Herzens erleichtert und mit der Förderung des venösen Kreislaufs eine Vermehrung des gesamten Blutumlaufs erzielt. Indiziert ist sie bei Herzinsuffizienz auf der Basis von Lungenstörungen, wie Asthma, Emphysem, chronische Bronchitis, sowie bei Arteriosklerose.

Herr **Kuhn** (Berlin) berichtet über die Behandlung von Herzschwäche und Kreislaufstörungen

mit Unterdruckatmung vermittelst der Lungensaugmaske. Dieses Verfahren ist entschieden das einfachste und überall leicht auszuführen. Durch die Atmung vermittelst der Lungensaugmaske wird das Herz entlastet und trainiert. Sie kommt therapeutisch in Frage bei Affektionen mit Herzschwäche und hat sich sogar auch dort bewährt, wo bereits Oedeme eingetreten waren. Auch bei der Herzschwäche infolge von Deformitäten des Brustkorbes hat die Lungensaugmaske gute Dienste geleistet. Wichtig ist, daß man die Höhe des Druckes leicht auf manometrischem Wege feststellen kann.

Herr **Löbel** (Dorna) sprach zur **Moorbäderindikation in der Herz- und Gefäßtherapie.** Nach seinen Erfahrungen sind die Moorbäder ebensolche Herzmittel wie die Kohlensäurebäder und haben ausgiebige Umschaltungskomponenten, die einen regenerierenden Blutdurchtrieb erzeugen. Wichtig ist die Beobachtung, daß Moorbäder in ungleich höheren Temperaturen vertragen werden als Kohlensäurebäder. Sie sind also überall dort besonders wertvoll, wo man eine Thermotherapie mit einer Beeinflussung des Herzens verbinden will. Auf die Atmung und das Herz wirken Moorbäder von 35—39 ° ungefähr ebenso wie Kohlensäurebäder von 31—32 °. Kohlensäurebäder von 39 ° erhöhen den Blutdruck und das Schlagvolumen des Herzens. Moorbäder setzen den Blutdruck noch bei 43 ° herab. Moorbäder stellen für das Herz und die Gefäße mildere Prozeduren dar, aber die Grundbedingung ist, daß die Kompensation des Herzens noch nicht zu stark gestört ist. Dagegen sind Läsionen der Gefäßwand keine Gegenanzeigen gegen die Anwendung von Moorbädern. Sie werden vielmehr durch sie recht gut beeinflußt.

Herr **Thoden van Velzen** (Joachimsthal i. M.) hielt einen Vortrag über die **psychische Tachykardie.** So und nicht als Herzneurose möchte er das bekannte Krankheitsbild bezeichnen, da dabei die Nerven intakt sind und nur psychische Alterationen in Frage kommen. Es ist ja bekannt, daß angenehme psychische Erregungen den Pulsschlag beschleunigen, unangenehme verlangsamen. Man sollte solche psychogenen Affektionen des Herzens auch nicht durch Herzmittel behandeln, sondern vielmehr die Psychotherapie anwenden, die in der Herzbehandlung leider immer noch zu stark vernachlässigt werde.

Herr **Selig** (Franzensbad) berichtete seine Versuche über **die Wirkung der Mistel (Viscum album) auf den Blutkreislauf.** Bekanntlich spielte die Mistel schon im Altertum in der Therapie von krampfhaften Zuständen eine große Rolle. Die Ursache dafür ist die, daß sie den Blutdruck herabsetzt und diuretisch wirkt. Die Versuche des Vortr. haben das auch bestätigt. Der durch Mistelsaft erzeugte niedrige Blutdruck konnte durch eine Durchschneidung des Vagus wieder erhöht werden. Andererseits konnte der durch Vagusdurchschneidung erhöhte Blutdruck durch Applikation von Mistelsaft wieder herabgesetzt werden. Die Wirkung des Mistelsaftes ist bei intravenöser Injektion ungleich intensiver als bei Darreichung per os. Die chemisch rein hergestellten Präparate, besonders das Energétène, sind in der Anwendung weniger gefährlich als die Mistelblätter. Indiziert ist das Präparat bei Arteriosklerose und Krampfzuständen.

Herr **Grabley** (Woltersdorfer Schleuse) sprach über die **Hochfrequenzbehandlung bei nervösen und organischen Herzstörungen.** Bei ersteren empfiehlt er die Anwendung der Kondensatorelektrode, bei letzteren die feuchte Metallelektrode. Unter der Hochfrequenzbehandlung zeigen die Allgemeinerscheinungen wesentliche Aenderungen; ebenso die Kohlensäureabgabe, die Diurese und der gesamte Stoffwechsel. Als Indikationen für die Hochfrequenzbehandlung kommen zurzeit die Arteriosklerosen im Anfangsstadium in Frage.

Herr **Nenadovics** (Franzensbad) stellte den von ihm konstruierten **Bäderregulator,** eine neue Vorrichtung zur direkten und indirekten Erwärmung und Abkühlung des Kohlensäurebades, vor. Der Apparat ist die Kombination von zwei Vierwegehähnen mit einer Badewanne mit doppeltem Boden. Man kann auf diesem Wege die Dosierung der Kohlensäure und die Erwärmung sehr gut regulieren. Die Dosierung der Kohlensäure geschieht durch entsprechende Mischungen von kohlensäurehaltigem Mineralwasser, Solelösung und Süßwasser. Die Erwärmung geht so vor sich, daß man nach Bedarf Mineralwasser und Dampf in die Wanne einführt. Das Bad kann durch entsprechende Einstellung eine konstante, abnehmende und steigende Temperatur haben. Vortr. unterscheidet Sprudel- und Strombäder. Erstere sind sehr reich an freier Kohlensäure und haben einen kaum merklichen Druck des Wasserstrahls. Letztere haben weniger Kohlensäure und einen starken Wasserstrahldruck.

Herr **Ide** (Amrum) berichtete über die **Beeinflussung des Blutkreislaufes durch das Nordseeklima.** Es zeichnet sich besonders dadurch aus, daß es einerseits die Zirkulation erleichtert, andererseits aber auch die Herztätigkeit erschwert. Die Ursache der ersten Erscheinung ist in der Gleichmäßigkeit des Nordseeklimas, der Feuchtigkeit der Seeluft und der besseren Sauerstoffversorgung wegen der Reinheit der Luft zu suchen. Die letztere Erscheinung ist durch die Luftbewegung und den stärkeren Atmosphärendruck bedingt. Eine richtige Kombination dieser Faktoren sowie die zweckmäßige Verteilung von Ruhe und Bewegung bei der Kur läßt die gewünschten therapeutischen Erfolge erzielen.

Herr **Rothschuh** (Aachen) sprach über **Blutdruckmessungen bei Thermalbädern und bei Duschemassage.** Die Thermalbäder waren die der Aachener Kaiserquelle von 35 °. Die Duschemassage ist eine speziell in Aachen geübte Kombination von Dusche und Massage, wobei die erstere in einem Thermalwasserstrahl besteht. Beim Vollbade von 20 Minuten war ein Sinken des Blutdruckes wahrzunehmen. Beim Vollbade von einer Stunde zeigte sich gegen Ende des Bades ein Anstieg des Blutdruckes. Bei einer Ausdehnung des Bades bis zu 2 Stunden zeigt sich gegen das Ende hin wieder eine Abnahme, wobei jedoch der Anfangsstatus nicht erreicht wird.

Eine weitere Gruppe umfaßte das Gebiet der **Stoffwechselkrankheiten.**

Herr **Roubitschek** (Karlsbad) gab eine neue Methode der Funktionsprüfung der Leber an. Die Mannigfaltigkeit der Leberfunktionen sowie der Umstand, daß das Produkt der Leberzelle der direkten Untersuchung nicht zugänglich ist, haben dazu geführt, daß die Funktionsprüfung der Leber außerordentlich schwierig ist, was sich bei pathologischen Prozessen unangenehm bemerkbar macht. Eine gute Methode ist die von Strauss angegebene alimentäre Lävulosurie, welche die Diagnose Lebercirrhose erleichtert. Von gleicher Bedeutung dürfte die von Vortr. untersuchte alimentäre Galaktosurie sein, welche die Diagnose akute Lebererkrankung, die durch eine disseminierte Parenchymerkrankung charakterisiert ist, ermöglicht. Besonders wichtig ist die Methode beim Beginn der Erkrankung.

Herr **Grube** (Neuenahr) brachte wertvolle Bemerkungen zur Aetiologie und Pathogenese der Gallensteinerkrankung. Ein Ueberblick über fast 1000 von ihm beobachtete Fälle zeigt, daß die Schwangerschaft für die Entstehung der Gallensteinerkrankung von größter Bedeutung ist. Man hat das früher auf eine mechanische Behinderung des Gallenabflusses durch die Schwangerschaft zurückgeführt. Indessen hält Vortr. es doch für richtiger, auf Grund neuerer Untersuchungen tieferliegende Veränderungen des Stoffwechsels bei Schwangeren für die Aetiologie der Gallensteine in den Vordergrund zu rücken, das mechanische Moment aber nur als Unterstützungsfaktor anzusehen.— Dafür spricht auch ein in der Diskussion von Herrn **Hirsch** (Salzschlirf) mitgeteilter Fall, daß bei einer Dame, die an Struma litt, gerade während der Schwangerschaften die Gallensteinattacken ausblieben.

Herr **Siebelt** (Flinsberg) sprach über einen Fall von Coma diabeticum im Verlauf einer akuten Infektionskrankheit, den in der Diskussion Herr **Grube** (Neuenahr) für einen Fall von intermittierendem Diabetes erklärte, der durch die Infektionskrankheit exazerbiert sei. Aehnlich deutete Herr **Ganz** (Karlsbad) diesen Fall, indem er darauf hinwies, daß Komplikationen irgendwelcher Art, z. B. Magenverstimmungen, leicht dazu führten, eine leichte, vorher übersehene Form von Diabetes zu verschlimmern.

Herr **Pfeiffer** (Wiesbaden) sprach über die Einwirkung von Thermalbädern auf den Diabetes mellitus. Er hat die Beobachtung gemacht, daß die bloße Anwendung von Wiesbadener Thermalbädern die Zuckerausscheidung wesentlich herabsetzte und sogar zum Schwinden brachte. Deshalb empfiehlt er, daß in den Kurorten, in denen die Behandlung des Diabetes ausschließlich durch Trinkkuren vorgenommen werde, auch die Thermalbäder oder heiße Bäder mehr Berücksichtigung fänden.

Herr **Reicher** (Mergentheim) erörterte die Bedeutung der Blutzuckerbestimmung für die Diagnose und Therapie des Diabetes mellitus. In einer großen Reihe von Fällen findet sich oft im Harn kein Zucker mehr, wenn er im Blute oft noch nachweisbar ist. Das ist vielfach bei Furunkulosen beobachtet worden. Nicht das Verschwinden des Zuckers aus dem Harn spricht für eine Heilung des Diabetesfalles, sondern erst sein Verschwinden aus dem Blute. Für die Beurteilung der Prognose ist das Steigen und Sinken des Blutzuckerspiegels von besonderem Werte. Die Methode der Blutzuckerbestimmung ist nach der von Reicher und Stein angegebenen Methode, die Vortr. demonstriert, recht einfach. (Schluß folgt.)

IV. Bücherschau.

Praktische Neurologie für Aerzte. Von Prof. Dr. **M. Lewandowsky** (Berlin). 300 S. Berlin 1912, Julius Springer.

Brauchbare Lehrbücher über Nervenkrankheiten, besonders solche, welche nicht für Spezialisten, sondern für Praktiker geschrieben sind, sind nicht eben zahlreich in der medizini-

schen Literatur. Um so dankenswerter ist es, daß der Herr Verf., welcher nicht nur als Forscher, sondern auch als akademischer Lehrer sich ein wohlverdientes Renommee erworben, sich der Aufgabe unterzogen hat, die Neurologie vom gegenwärtigen Stande der Wissenschaft aus für den Praktiker darzustellen. Bei dem kolossalen Umfange, welchen insbesondere der theoretische Teil der Wissenschaft von der Pathologie der Nerven erreicht hat, ist dies ein keineswegs leichtes Unternehmen gewesen, da, wie Verf. mit Recht hervorhebt, der Stoff für den nicht spezialistisch vorgebildeten Arzt ungemein spröde ist. Eine Durchsicht des Buches ergibt jedoch, daß Verf. sein Ziel erreicht hat. Nicht nur die Diagnostik der Nervenkrankheiten sowohl in ihrem technischen Teile wie in ihrer wissenschaftlichen Begründung, sondern auch die Darstellung der Krankheitsbilder sowie vor allem die therapeutischen, von jeder Schablone sich fernhaltenden Ratschläge kennzeichnen den erfahrenen Arzt und Lehrer, der ein scharfes Auge für die praktischen Bedürfnisse der Aerzte hat. Sehr viel Schwierigkeit scheint dem Verf. die Disponierung der Materie gemacht zu haben. Sie hat er geschickt dadurch überwunden, daß er das gesamte Material in eine sehr große Anzahl von Kapiteln einteilte, in welchen er koordiniert die einzelnen Symptomenbilder, bald nach ihrer Lokalisation, bald nach ihrer Aetiologie, bald nach ihrem Charakter zusammenfaßte. Da sich Verf. einer sehr knappen und präzisen Darstellung befleißigt, ist es ihm auf diese Weise gelungen, auf einem verhältnismäßig kleinen Raum ein sehr großes Tatsachenmaterial abzuhandeln. Das Buch wird sicher einen großen und dankbaren Leserkreis unter den Kollegen finden. —n.

Winke für den ärztlichen Weg aus zwanzigjähriger Erfahrung. Von Dr. med. **Georg Knauer** (Wiesbaden). Wiesbaden 1912, J. F. Bergmann.

Verf. gibt in diesem Büchlein eine Anzahl von Winken für das Verhalten des jungen Praktikers bei seinem Eintritt in die Praxis auf Grund seiner eigenen Erfahrung. Es sind natürlich dieselben Erfahrungen wie die vieler anderen vor ihm, und es unterscheiden sich daher die Konsequenzen, die er im Interesse der jungen Kollegen hieraus zieht, nicht wesentlich von allen denjenigen, welche sich in analogen Ratgebern älterer Autoren finden. Ebenso wie diese, so wird auch das vorliegende, übrigens recht gut geschriebene Büchlein mit Recht viele Leser finden. H. L.

Leitfaden der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie für Praktiker und Studierende. Von Dr. **Toby Cohn**. Mit 6 Tafeln und 65 Abbildungen. 4., vollständig umgearbeitete und vermehrte Auflage. 212 S. Berlin 1912, S. Karger.

Der Leitfaden des bekannten Berliner Neurologen hat sich längst wohlverdiente Anerkennung nicht nur in Deutschland erworben. Aeußerlich tritt dies durch die schnelle Aufeinanderfolge der einzelnen Auflagen hervor. Von der vorigen unterscheidet sich die gegenwärtige durch eine besonders erweiterte Durch- und Neubearbeitung der Abschnitte, welche die Franklinisation, Arsonvalisation und die Sinusoidalströme betreffen. Im einzelnen ist die Disposition des Stoffes dieselbe geblieben wie in den früheren Auflagen. Der erste Abschnitt enthält die Diagnostik (Zuckungsgesetz, Entartungsreaktion, Leitungswiderstand und seine Untersuchung etc.); in dem zweiten Abschnitt werden die therapeutische Anwendung der verschiedenen Stromarten und ihre Indikationen bei den einzelnen Nervenerkrankungen besprochen, der vielfach unklare Mechanismus ihrer Wirkung diskutiert, wobei Verf. einen bemerkenswert unbefangenen Standpunkt einnimmt. — Seiner ganzen Anlage entsprechend eignet sich das Cohn sche Kompendium für solche Kollegen, welche sich mangels genügender Vorkenntnisse schnell auf den Gebieten der Elektrodiagnostik und Elektrotherapie autodidaktisch ausbilden wollen, oder denen daran gelegen ist, behufs eingehender Studien der Materie sich zunächst an der Hand eines zuverlässigen Ratgebers zu informieren. Besonders für diesen Zweck ist es ausgezeichnet geeignet. —n.

Kosmetik, ein Leitfaden für praktische Aerzte. Von **E. Saalfeld.** 3. vermehrte und verbesserte Auflage. Mit 17 Textfiguren. 139 S. Berlin 1912, Julius Springer.

Das Saalfeldsche Kompendium der Kosmetik erscheint, 4 Jahre nach seiner ersten Auflage, bereits zum dritten Male. Es ist dies der beste Beweis dafür, wie sehr es einem Bedürfnis entspricht. Besonders diejenigen Kollegen, welche den Wunsch haben, sich schnell über die Behandlung gewisser Hautanomalien, welche besonders dem schönen Geschlecht unangenehm sind, sowie über die zweckmäßigste Pflege der Haut, Nägel und Haare zu orientieren, werden in dem kleinen Kompendium das finden, was sie suchen. Es sei daher besonders den Kollegen von der allgemeinen Praxis angelegentlichst empfohlen. H. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Ueber das **Inkrafttreten der einzelnen Teile der Reichsversicherungsordnung** steht zurzeit auf Grund der Ergebnisse einer vom 15. bis 18. April in Berlin abgehaltenen Besprechung der Referenten der Bundesregierungen folgendes fest: Das vierte Buch der R.-V.-O. (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) ist bereits am 1. Januar 1912 in Geltung getreten. Das dritte Buch (Unfallversicherung) wird entsprechend den Wünschen, die namentlich die großen gewerblichen Berufsgenossenschaften geäußert haben, erst mit Beginn des neuen Kalenderjahres, also mit dem 1. Januar 1913, in Kraft treten. Die Besprechung hat auch noch Klarheit darüber gebracht, daß das erste Buch (gemeinsame Vorschriften, insbesondere Organisation der Versicherungsbehörden) erst am 1. Januar 1913 in Kraft gesetzt werden kann. Das zweite Buch (Krankenversicherung) bedarf zum Vollzuge noch weitgehender Vorbereitungen durch die Reichs- und Landesbehörden. Da sich der Zeitpunkt der Beendigung dieser Arbeiten augenblicklich noch nicht mit Sicherheit angeben läßt, ist einstweilen für das Inkrafttreten dieses Buches der 1. Juli 1913 in Aussicht genommen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Regierungsrat Prof. Dr. F. Neufeld, bisher Mitglied des Kaiserlichen Gesundheitsamts, ist zum Abteilungsvorsteher am Institut für Infektionskrankheiten ernannt worden.

— Der Physiologe Geh.-Rat Prof. Zuntz ist zum Mitgliede der Königl. Akademie der Wissenschaften in Budapest und zum Ehrenmitgliede der Landwirtschaftlichen Gesellschaft in Helsingfors ernannt worden.

Halle a. S. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Veit ist von der Gynäkologischen Gesellschaft in Kiew zum Ehrenmitgliede ernannt worden.

Marburg. Am 10. Mai ist hierselbst der Ordinarius der Augenheilkunde an der hiesigen Universität Prof. Dr. Ludwig Bach im 47. Lebensjahre von kurzer schwerer Krankheit vorzeitig hingerafft worden. Aus der Schule v. Michels hervorgegangen, dessen Assistent er von 1891 bis 1900 in Würzburg war, hatte er sich 1894 in Würzburg habilitiert und war von dort 1900 als Nachfolger von Hess nach Marburg berufen worden. Der Verstorbene hat seine Spezialdisziplin durch eine große Reihe von Einzelstudien gefördert, von denen die über die Bakteriologie des Auges und über die Pupillenreflexe die wichtigsten sind.

Leipzig. Der Gynäkologe Geh.-Rat Dr. Paul Zweifel wurde anläßlich seines 25 jährigen Jubiläums als Ordinarius der Leipziger Hochschule zum Ehrenmitglied der Gynäkologischen Gesellschaft in Brüssel und Kiew ernannt.

Würzburg. Stabsapotheker a. D. Dr. phil. et med. Flury, der gleichzeitig Apotheker, Nahrungsmittelchemiker und approbierter Arzt ist, hat sich für Pharmakologie habilitiert.

Augsburg. Dr. L. R. Müller, leitender Arzt der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses, wurde zum korrespondierenden Mitglied der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien gewählt.

Wien. Dr. Walter Hausmann, Privatdozent an der Hochschule für Bodenkultur, hat sich an der Universität für allgemeine und vergleichende Pharmakologie habilitiert.

Innsbruck. Dr. Günther v. Saar, bisher Privatdozent der Chirurgie in Graz, ist in gleicher Eigenschaft an die hiesige Universität übergetreten.

Bern. Der Physiologe Prof. Kronecker ist von der Universität Athen zum Ehrendoktor ernannt worden.

Paris. Prof. Marc Sée, Mitglied der Académie de médecine, ist gestorben.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Das **Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose** hält am 14. Juni, vormittags 10 Uhr, im Plenarsitzungssaale des Reichstagshauses seine Generalversammlung ab. Auf der Tagesordnung steht der Vortrag: „Tuberkulosebekämpfung im Mittelstand“. Besondere Einladungen ergehen nur an die Mitglieder. Den interessierten Kreisen stehen in der Geschäftsstelle des Zentralkomitees, Königin-Augustastraße 11, soweit der Platz reicht, Einlaßkarten unentgeltlich zur Verfügung.

Prag. Laut Beschluß des im Jahre 1910 in Barcelona abgehaltenen Kongresses wird der **6. internationale Kongreß für medizinische Elektrologie und Radiologie** vom 26. bis 31. Juli d. J. in Prag unter dem Präsidium des Hofrats Dr. Julius

Stoklasa, derzeit. Rektor der k. k. böhm. techn. Hochschule in Prag, stattfinden. Mit diesem Kongresse ist eine Ausstellung verbunden. Die Interessenten, welche sich an dem Kongresse oder der Ausstellung beteiligen wollen, wollen sich an den Generalsekretär M. U. Dr. E. Slavik, Prag 572/I., wenden.

Gerichtliches.

Meißen. Die Krankenbehandlerin Arbeiterehefrau R., die ihre Patienten mit Umschlägen von Kuhmist und Honig, mit „Versprechen", Handauflegen etc. behandelte, wurde vom hiesigen Landgericht wegen **fahrlässiger Tötung** und **fahrlässiger Körperverletzung** bei Ausübung ihres Berufs in je einem Falle zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt.

Verschiedenes.

Berlin. In der vorigen Woche wurde das **Radiuminstitut** der Charité feierlich eingeweiht. Der Direktor des neuen Instituts Geheimrat Prof. His hielt bei dieser Gelegenheit eine Rede, in der er die Geschichte der therapeutischen Radiumforschung behandelte. Es wurde ferner mitgeteilt, daß die Kaiser-Wilhelmsgesellschaft jährlich 10 000 M. und die Radiogen-Gesellschaft in Charlottenburg und die Allgemeine Radium-Aktiengesellschaft in Amsterdam je 5000 M. jährlich dem Institut zur Verfügung stellen werden. Unter der Oberleitung von Hertwig werden in dem Institut theoretisch-biologische Untersuchungen angestellt werden; Geh. Rat Marckwald leitet die physikalische, Dr. Neumann die chemische, Dr. Gudzent die klinische Abteilung. Es werden außerdem chirurgische und dermatologische Forschungen angestellt. Auch für Forscher, die nicht dem Institut angehören, stehen Arbeitsplätze zur Verfügung. Das Institut verfügt über Radiumpräparate und solche von Mesothorium verschiedener Art, im Gesamtwert von etwa 150 000 M. Frau Curie in Paris hat 2,80 Milligramm Radiumsalz als Normalstandard zur Verfügung gestellt. Die Präparate sind in ganz verschiedener Weise aufbewahrt, in Glas, in Silber- und Kupferkapseln und unter Glimmerverschluß.

— Der nächste Zyklus der **Ferienkurse der Berliner Dozenten-Vereinigung** beginnt am 3. Oktober 1912 und dauert bis zum 30. Oktober 1912. Die unentgeltliche Zusendung des Lektionsverzeichnisses erfolgt durch Herrn Melzer, Ziegelstraße 10/11 (Langenbeck-Haus), welcher auch sonst jede Auskunft über die Kurse erteilt.

Wiesbaden. Hierselbst ist ein **städtisches Verkehrsbureau** eröffnet und dessen Leitung Herrn O. Kesselring, bisher Vertreter des städtischen Verkehrsbureaus in Baden-Baden, übertragen worden. Das Verkehrsbureau befindet sich in der Theaterkolonnade des Kurhauses; es ist mit dem Kurtaxebureau und der Redaktion und Expedition des Badeblattes verbunden, das ebenfalls von dem Direktor des Verkehrsbureaus geleitet wird. — Das Verkehrsbureau erledigt auch schriftliche Anfragen.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen von Medizinalbeamten.

1. Die Stelle des Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Danzig. Jahresremuneration mindestens 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erwünscht. Es können sich auch solche Aerzte, welche die kreisärztliche Prüfung noch nicht abgelegt haben, um die vorläufig kommissarische Anstellung bewerben, wenn sie sich zur sofortigen Ablegung der kreisärztlichen Prüfung verpflichten.

2. Die Kreisassistenzarztstelle des Stadtkreises Danzig mit dem Amtssitz in Danzig (Remuneration 1800 M. jährlich). (Veröffentlicht am 15. Mai.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adlerorden 3. Kl. mit der Schleife: Generaloberarzt a. D. Dr. O. Riebel in Berlin.

Roter Adler-Orden 4. Kl.: San.-Rat Dr. J. Steiner in Xanten, Kreis Mörs, Oberstabsarzt a. D. Dr. A. v. Haselberg in Berlin-Tegel.

Charakter als Geheimer Sanitätsrat: San.-Rat Dr. Huchzermeyer in Bad Oevnhausen.

Niedergelassen: Dr. H. Wittig in Groß-Lichterfelde, Aerztin Dr. I. Schönberger in Friedenau, Dr. B. Bottmeyer in Bocholt, Dr. O. Dercken in Osterwick, Dr. L. Brunner in Düsseldorf, Dr. R. Moser in Essen, Dr. J. Weimann in Speldorf.

Ernannt: Die Privatdozenten Professoren Dr. A. Ellinger in Königsberg und Dr. K. Kisskalt in Berlin zu ordentl. Professoren an der Universität in Königsberg.

Verzogen: Stabsarzt a. D. Dr. Richert von Bischofsburg nach Zippnow, Dr. Th. Mahler von Hamburg nach Buch, Dr. J. Fischer von Halle a. S. nach Nordend b. Niederschönhausen, Dr. E. Zenker von Frauendorf und L. E. O. Preuss von Tocopilla (Chile) nach Freiwalde a. O., Janeszek von Görchen nach Pinne, Dr. A. Camphausen von Charlottenburg nach Nimbsch (Kr. Sagan), Dr. M. Köhler von Straßburg nach Warmbrunn, Dr. W. Mylius von Potsdam nach Görlitz, W. Wegner von Neu-Heiduck nach Chemnitz, O. Obst von Breslau nach Neu-Heiduck, Dr. A. Kook von Wrisbergholzen nach Königslutter, Dr. G. Eckhardt von Haynau nach Wrisbergholzen, F. E. Bosch von Vienenburg nach Crimmitschau i. S., Dr. K. Rothemann von Straßburg nach Vienenburg.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: Dr. K. Lenz von Altona, Dr. H. Frick von Berlin, Aerztin Dr. K. Grün von Berlin auf Reisen, Dr. H. Grzembke von Charlottenburg, Dr. E. Löwenson von Berlin, Dr. W. Pohl von Posen auf Reisen als Schiffsarzt.

Gestorben: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Unverricht in Magdeburg, Geh. San.-Rat Dr. Windels in Charlottenburg, Dr. Wl. Wyszczynski in Koschmin, Dr. L. Gorski in Stenschewo, Dr. M. Lawicki in Schroda.

Bayern.

Auszeichnungen: Verdienstorden vom hl. Michael 4. Kl. m. d. Krone: Hofrat Dr. Heinrich May, prakt. Arzt und Badearzt in Bad Kreuth; dirigierender Arzt am St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin Sanitätsrat Dr. Eduard Wirsing.

Niedergelassen: Dr. H. Gerbis in Ludwigshafen a. Rh., Dr. O. Fried, Stabsarzt i. 20. Inf.-Reg., als Spezialarzt für innere Krankheiten in Aeschach, B.-A. Lindau, Dr. E. A. Fischer in München, Dr. K. Brückmann in Vilseck, Dr. F. Bracher in München, Dr. O. Vollbeding in Mußbach, Dr. P. Dürrbeck in Rosenheim, W. Osborne in München, J. Siegmund und Dr. L. Hofmann in München.

Verzogen: Dr. F. Lotmar von München nach Bern, Dr. K. Hüttlinger und Dr. Frank, bezirksärztl. Stellvertreter, von Vilseck, Dr. F. Hornef von Mittelfels nach Stahlwang.

Gestorben: Dr. S. Mirabeau in München.

Württemberg.

Niedergelassen: H. Majer in Oehringen.

Verzogen: Dr. Schmidt von Rosenfeld nach Balingen.

Gestorben: Dr. R. Sigmundt in Vaihingen a. F., Oberamtswundarzt Dr. Schum in Mergentheim.

Baden.

Niedergelassen: Dr. W. Scholz in Baden, Dr. E. Gerber, Prof. Dr. O. Kahler als Direktor der Universitäts-Hals- und Nasenklinik in Freiburg, Dr. E. Rüdinger in Konstanz, Stabsarzt a. D. Dr. W. Bender, Dr. W. Fischer in Mannheim, Dr. W. Deissler in Iffezheim, Dr. H. Pöschel in Kirchen, Dr. M. Seifert in Konstanz.

Gestorben: Dr. L. Hirschfelder in Karlsruhe, Med.-Rat Dr. A. Schatz, Bezirksarzt in Tauberbischofsheim, Geh. Med.-Rat E. Ribstein, Anstaltsarzt am Großherzoglichen Landesgefängnis in Freiburg.

Oldenburg.

Niedergelassen: Dr. E. Hafermann in Oldenburg.

Verzogen: Dr. Stalling von Hude nach Heidkrug.

Gestorben: Ober.-Med.-Rat Dr. J. Burgtorf in Oldenburg.

Sachsen-Weimar.

Niedergelassen: Dr. Wentzel in Creuzburg a. W.

Sachsen-Altenburg.

Gestorben: Dr. Schaumkell in Ronneburg.

Herzogtum Gotha.

Niedergelassen: Dr. Haserodt in Gotha.

Verzogen: Dr. Trautmann von Emleben nach Gotha.

Elsaß-Lothringen.

Auszeichnungen: Prädikat Professor: Priv.-Doz. Dr. Vogt und Dr. v. Tabora in Straßburg.

Ernannt: Oberarzt Dr. Haberkant zum Direktor der gemeinsamen Irrenpflegeanstalt in Hoerdt.

Verzogen: Von Straßburg: Dr. Gildemeister nach Cöln, Dr. v. Gosen nach Plauen, Dr. Ziemann nach Longeville bei Metz, Dr. Stephan nach Lörchingen, Dr. Brunk und Dr. Luckow von Bischweiler nach Mannheim, Oberarzt Bülau von Dresden nach Straßburg, Dr. Weill von Breslau nach Metz, Dr. Dahlem von Hanau nach Mülhausen, Dr. Probst nach Algringen, Dr. Kirstein von Mülhausen.

Gestorben: Generalarzt Dr. Rebenstein in Colmar, Dr. Schorong und Dr. Finke in Straßburg.

Hamburg.

Niedegelassen: Dr. E. B. Reye in Hamburg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.



Zusammensetzung:

CHININ, STRYCHNIN, (je 3,75g. enthalten das Aequivalent von 0,001g. Strychnin pur.) EISEN, CALCIUM, MANGAN, und KALIUM, gebunden an unterphosphorige Säure.

Wertlose Nachahmungen Ersatzpräparate > weise man zurück

AUF ÄRTZLICHE VERORDNUNG IN ALLEN APOTHEKEN VORRÄTIG

H. O. Opels Kinder Nähr-Zwieback

Kalkphosphathaltiges Nährmittel

Bessert die Ernährung, speziell indiziert bei Unterernährung, Rhachitis, Knochenerkrankungen, Drüsen und Skrofulose.

Kinderbiskuit „Haimo"

Blut- und knochenbildend.

Für die ersten Kauversuche, Indiziert bei allen Arten von Unterernährung, Blutarmut und englischer Krankheit.

Literatur und Proben gern zu Diensten.

Zu haben in den meisten Apotheken und Drogerien, sonst durch

H. O. Opel, Leipzig, Hardenbergstr. 54

Dr. Thilo & Co., Chemisches Institut, **Mainz.**

Conephrin Dr. Thilo (Cocain-Paranephrin)

Novoconephrin (Novocain-Paranephrin)

Zwei hervorragende und bewährte Injektions-Anaesthetica.

Chloraethyl Dr. Thilo.

Machen Sie einen Versuch mit unseren **Automatischen Standflaschen** (s. Abbild.).

Sie werden nur noch diese Aufmachung verordnen!

Sterile Subcutan-Injektionen.

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025—0,05 / 0,1—0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05—0,1—0,15 / 0,2—0,25—0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01—0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:

Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45%, Haemoglobin 9%, peptonis. Muskeleiweiß 46%.

Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:

Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) **Jasper 0,05**
scat. unam orig.

= **Nur echt = in geschlossener Originalschachtel.**

Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
BERNAU bei Berlin.





Oïnose

gesetzl. geschützt Nr. 80303.

Reine Traubenhefe

durch spezielle Kultur dem sauren Magensaft angepasst.

Preis per Flasche M. 6.— à 1 Liter Inhalt.

Levuretin

gesetzl. geschützt Nr. 43358.

In Luft getrocknete **Bierhefe**

Bakteriologisch rein und nicht mit Stärke vermischt. Zellen intact u. lebenskräftig, granuliert und in Tabletten à 0.5 g.

1/4 Flasche für 8 Tage M. 1.50
1/2 „ „ 14 „ „ 2.75
1/1 „ „ 1 Monat „ 4.80

Beides gegen **Furunkulose, Anthrax, Ekzem, Hautkrankheiten gastrischen Ursprungs u. Verdauungsstörungen.**

Versuche mit Levuretin und Oïnose gegen **Zuckerkrankheit** haben weitgehende Hoffnungen erfüllt,

Laboratorium und Fabrik E. FEIGEL
in Lutterbach bei Mülhausen i. E.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf. Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang | Berlin, 8. Juni 1912 | No. 23

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch. 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Nachdruck ist ohne Genehmigung der Redaktion bezw. des Verlages nicht gestattet.



Irrigal-
Tabletten
Irrigal
Tablette
Irrigal
Tabletten
Scheidenspülungen
sind ein unentbehrliches Hilfsmittel der modernen Frauenhygiene. Hierzu werden die
Irrigal-Tabletten
wegen ihrer adstringierenden und antibakteriellen Eigenschaften ärztlich warm empfohlen.
Aus Holzessig hergestellt. Angenehm parfümiert.
Die Irrigal-Tabletten vereinigen in sich die Vorzüge des Holzessigs ohne dessen Nachteile, wie penetranten Geruch, ätzende Säurewirkung, flüssige Form zu besitzen.
Sie zeichnen sich durch ihre mildadstringierende, antibakterielle Wirkung, durch ihren angenehmen Geruch, ihre Ungiftigkeit sowie durch die leicht handliche Tablettenform aus.
Wegen ihrer Reizlosigkeit sind sie auch bei längerem Gebrauch zu regelmässigen täglichen Waschungen und Spülungen geeignet.
Dosierung: 1–2 Tabletten in 1 Liter Wasser.
Literatur: Dr. Burow (Aus dem Pharmakolog. Institut der Universität Innsbruck Dir. Prof. Dr. Nevinny) Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 22/1911.
Prof. A. Moeller: Therapeutische Monatshefte, Oktober 1909.
Dr. Piorkowski: Klin. Therapeut. Wochenschrift Nr. 18/1909.
Prof. Roth. Halle: Jahrbuch für Krankenpflege Nr. 9/1911 u. a.
In Packungen à M. 1,25 und M. 3,— (Gläser mit 12 bez. 40 Tabletten). Proben und Literatur kostenfrei durch
Chem. Fabrik Arthur Jaffé, Berlin O. 27.
LÜDKE

81. Jahrgang **Berlin, 8. Juni 1912** **No. 23**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Zur gefl. Beachtung!

Unsere Abonnenten, welche die Zeitung direkt vom Verlage durch das K. Post-Zeitungsamt überwiesen erhalten, bitten wir im Interesse der regelmässigen Zustellung der Zeitung folgendes zu beachten.

Abbestellungen sind rechtzeitig, spätestens **bis zum 15. Juni, an den Verlag** zu richten. Spätere Abbestellungen können **nicht** mehr berücksichtigt werden, da die K. Post einbezahlte Gebühren **nicht** zurückbezahlt.

Adressänderungen sind stets **dem Verlage** zu melden, welcher **einmalige** Ueberweisungen pro Quartal **kostenfrei** besorgt. Für wiederholte Adressänderung im Quartale ist die Ueberweisungsgebühr (50 Pfg.) vom Abonnenten zu entrichten.

Reklamationen einzelner Nummern bitten wir stets im eigenen Interesse **bei der betreffenden Postanstalt** anzubringen, da auf diese Weise die Nachlieferungen bedeutend schneller erfolgen können, als durch den Verlag.

Wiederholte Unregelmässigkeiten bitten wir stets direkt dem Verlage mitzuteilen, welcher in solchen Fällen immer umgehend Abhilfe schaffen wird.

Zahlungen für Exemplare, welche vom Verleger der Post zur Beförderung übergeben werden, sind **stets direkt an den Verlag, nicht an die K. Post,** zu richten. Im Falle von einzelnen Abonnenten die Zahlung an die K. Post beabsichtigt wird, **ist dem Verlage vorher Mitteilung zu machen, da sonst doppelte Lieferung** entsteht.

Oscar Coblentz, Verlagsbuchhandlung
(Verlag der „Allgem. medizin. Central-Zeitung").

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Die Röntgenbehandlung in der Gynäkologie.

Vortrag, gehalten am VII. Demonstrationsabend des Charlottenburger Aertze-Vereins am 2. Mai 1912.

Von Dr. **Manfred Fränkel.**

Die Größe des Erfolges, den die Röntgenstrahlen in der Gynäkologie seit meinen ersten Arbeiten 1908/1909 erzielten, läßt sich am deutlichsten an dem stattlichen Umfang der vorliegenden Literatur und der großen Zahl Nachuntersuchungen erkennen, und ich kann heute wohl getrost sagen, daß es kaum eine Universitätsfrauenklinik gibt, die jetzt ohne Röntgeninstrumentarium und Röntgentherapie auskommt. Daß die Vorteile der neuen Therapie auch weiteren Aerztekreisen zugängig werden, ist der Zweck dieses Vortrages; doch kann ich hier nur, dem Rahmen des heutigen Demonstrationsabend entsprechend, ganz allgemein und kurz die Anwendungsreihen skizzieren, wie ich sie auf dem Röntgenkongreß 1909 und weiter in einer Reihe von Arbeiten und in meinem Buche ausführlich festgelegt habe.

Doch bin ich bereit, falls der Wunsch vorliegt, dem Charlottenburger Aerzteverein genauere Berichte darüber zu erstatten.

Das erste Gebiet erfolgreicher Anwendung der Röntgenstrahlen sind Myome. Die Erfahrung hat hier gelehrt, daß auf der einen Seite submuköse Myome der Behandlung trotzen, daß andererseits selbst die größten Myome bei höherem Alter der Frau leichter beeinflußbar sind als bei entsprechend jüngeren, die vom Klimax noch weiter entfernt sind. Die Beeinflussung besteht in Verkleinerung der Blutung bis zur völligen Amenorrhoe, und das Gros der Nachuntersucher hat unter seinen Fällen durchschnittlich zwei Drittel Erfolge nach dieser Richtung hin zu verzeichnen. Die Zahl ist fast als feststehend, als Gesamteindruck aus der Literatur festzuhalten. Nur eine einzige Klinik, die Freiburger, verzeichnet 100 pCt. Erfolge.

Die weitere Beeinflussung der Röntgenstrahlen bei Myomen dokumentiert sich in Verkleinerung der Myom-

geschwulst selbst, die sich aber in höchstens $1/2$ aller Fälle beobachten läßt.

Das Gleiche gilt bei den prä- und postklimakterischen Blutungen, ferner bei Blutungen infolge großen, schlaffen Uterus bei Metritiden. Auch hier wird promptes Sistieren der Blutungen neben Verkleinerung des Uterus selbst, in $3/4$ aller Fälle allgemein beschrieben.

Bei der Dysmenorrhoe empfahl ich die Röntgenstrahlen direkt als differentialdiagnostische Maßnahme. Liegt die Ursache in den Ovarien, dann wird die Periode günstig beeinflußt; anderenfalls sind andere Maßnahmen am Platze. Diese Ansicht wird von allen Nachuntersuchern bestätigt; ich nenne Krönig, Albers-Schönberg, Döderlein, Buschke, Reifferscheid, Lohse u. a. Dieselbe Uebereinstimmung in den Beobachtungen herrscht bei der günstigen Beeinflussung der Endometritis mit und ohne Blutung, des Fluor, den heftigen Periodenblutungen bei Anämischen. Auch darin sind sich die Nachuntersucher übereinstimmend klar, daß die bei jüngeren Frauen etwa zu befürchtende Gefahr der Sterilisation gleich Null ist. Um gerade bei jüngeren Frauen eine dauernde Schädigung herbeizuführen, gehören, wie auch schon die Tierversuche zeigen, ganz kolossale Dosen, die zu verabreichen wir praktisch überhaupt gar nicht in der Lage sind.

Eine zeitweilige Sterilisation herbeizuführen, gelingt uns allerdings, und hier liegt sicherlich ein Ausblick der großen sozialen Bedeutung, die die Röntgenstrahlen vielleicht einmal haben werden. Ich denke an die Anwendung der Periodenbeschränkung und dieser zeitweiligen Sterilisation bei Rekonvaleszenten, Anämischen, Tuberkulösen etc., um den großen Blutverlust zu hemmen, die Kräftigung des Körpers zu beschleunigen.

Endlich sind günstige Erfolge der Röntgentherapie bei Bauchfelltuberkulose zu verzeichnen. Hier stehen außer meinen zwei ersten Fällen, Fälle von Gauß (Freiburg), 1 völlig verlorener Fall von Späth (Hamburg) und 26 Fälle günstiger Beeinflussung bei schwerer Bauchfelltuberkulose von Bircher aus der Klinik in Aarau (Schweiz) zur Verfügung.

Es wird vielleicht interessieren, aus der Zahl der Nachuntersucher einige wörtlich zitierte Urteile zu vernehmen. So schreibt Krönig-Gauß: „Die Radiotherapie wird die Indikationsstellung zu operativen Eingriffen bei Myomen und hämorrhagischen Metropathien bestimmt einschränken. Gerade alle die Fälle, bei denen die Radikaloperation erfahrungsgemäß auch heute noch eine unverhältnismäßig hohe Lebensgefahr für die Patientin in sich schließt, wie starke Entblutung, Myodegeneratio cordis, starke Adipositas etc. werden wir in Zukunft unbedingt der Röntgenbehandlung unterwerfen müssen."

Bei Besprechung seiner Erfolge bei der Metritis mit starken Blutungen schließt Reifferscheid: „Wenn man bedenkt, daß in diesen Fällen bisher unsere therapeutischen Mittel zum Teil vollkommen versagten, so daß schließlich nur die Exstirpation des Uterus übrigbleibt, so ist dieser Erfolg der Röntgentherapie allein schon ein so großer, daß man darin eine sehr wesentliche und wertvolle Erweiterung unserer Heilmittel begrüßen muß."

Was Döderlein in seiner jüngsten Arbeit in der „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie" über die Röntgentherapie schreibt, ist in jedem Punkte eine Bestätigung meiner bisherigen Mitteilungen. Abgesehen von den erwarteten Erfolgen bei geeigneten Myomen sah er staunenswerte Erfolge gerade bei jenen unerklärten klimakterischen Blutungen, bei denen weder manuelle, noch mikroskopische Untersuchung eine Veränderung erkennen ließ. Die bisherige Therapie war völlig machtlos, nur die Totalexstirpation war ultima ratio. Heute gelingt es mittels Röntgenstrahlen in kürzester Zeit das Uebel zu heben und die Ovarien dem Stadium und Zustand der Klimax zuzuführen. Gleich günstige Erfolge konnte er auch bei der Dysmenorrhoe Jugendlicher verzeichnen.

Späth sagt über seinen Fall von Bauchfelltuberkulose, daß derselbe als völlig verloren galt, daß die Patientin den Eindruck einer Sterbenden machte, und daß er ohne jede Hoffnung auf Erfolg den letzten Versuch mit Röntgenstrahlen unternahm. Um so verblüffender war in der Tat der Effekt. Nach wenigen Sitzungen waren an der Verkleinerung der Wunden, dem Verschluß der Darmfisteln, dem Nachlassen der Wundsekretion, dem Heben des Allgemeinbefindens alle Zeichen fortschreitender Genesung zu erkennen, die nach 18 Sitzungen völlig erreicht wurde.

Um endlich auch einem Röntgenologen das Wort zu geben, so schreibt Albers-Schönberg: „Ich stehe nach wie vor auf dem Standpunkt, daß die Röntgentherapie geeigneter Myomfälle sowie ganz besonders der klimakterischen Beschwerden eine der glänzendsten, wenn nicht die beste Leistung der Röntgentherapie überhaupt ist."

Daß ich an dieser Stelle nicht ausführlicher auf Einzelheiten eingehen kann, daß ich besonders über die Technik mich nicht verbreiten kann, ist klar. Ebenso selbstverständlich ist es aber auch, daß eine spezielle Technik, die sehr genau beherrscht werden muß, zur Sicherung der Erfolge nötig ist. Und so ist zu unterschreiben das, was ein Gynäkologe ausgesprochen hat: „Wenn Gynäkologen vom Fach sich noch in letzterer Zeit absprechend über die gynäkologische Röntgentherapie geäußert haben, so kann dies unseres Erachtens nur dadurch bedingt sein, daß ihre radio-therapeutische Technik keine genügend exakte war.

Wer die glänzenden Erfolge der Röntgentherapie an seinem eigenen Material beobachtet hat, kann unmöglich in ein negierendes Urteil einstimmen."

Daß wir imstande sind, Schäden wie Verbrennungen etc. zu vermeiden und — wie ich an meinem Material über 6 Jahre beweisen kann —auch wirklich vermeiden bei der Anwendung einer exakten Technik und Messung, sei besonders betont.

Ein Wort noch über die Frage nach dem Wege der Beeinflussung. Man kann allgemein sagen: Die Röntgenstrahlen zeigen ihre Wirksamkeit bei den gynäkologischen Leiden, deren Grundursache in einer übermäßigen Arbeit, in einem zu großen Reiz der Ovarien zu suchen ist, oder die durch eine Herabsetzung der normalen Eierstocktätigkeit Besserung und Heilung finden. Dementsprechend ist es klar, daß schon durch das Alter, beginnende Klimax von der Natur aus geschwächte Eierstöcke in einer kurzen Reihe von Bestrahlungen geschädigt werden können, während man bei jüngeren Individuen mit noch normalem Eierstocksgewebe natürlich mehr Zeit und ein größeres Maß von Schädigung brauchen wird.

Daß die Eierstöcke als schnell proliferierendes Gewebe bei ihrer versteckten Lage eine äußerst elektive Neigung für Röntgenstrahlen zeigen, beweist einmal die oft beobachtete, ganz unbeabsichtigte Periodeneinschränkung in Fällen, wo ich z. B. die Schilddrüse bestrahlte. Konnte man aber hier noch an eine innere Beziehung zu den Sexualorganen denken, so liegt doch diese Ursache bei einer Reihe von Psoriasisfällen oder Ischiasbeschwerden nicht vor, bei denen Arm und Beine bestrahlt wurden, und bei denen doch Periodenbeeinflussung zu konstatieren war. Die Mehrzahl dieser Frauen gehören sogar dem jüngeren Alter an, und einen ganz exquisiten Fall von indirekter Periodenbeeinflussung habe ich kürzlich erst in der „Therapie der Gegenwart" beschrieben, wo eine Patientin zu diagnostischen Zwecken zweimal durchleuchtet wurde, und die darauf mit einer dreimonatlichen Amenorrhoe reagierte. Erst im 4. Monat setzte die Periode in sonst ungewohnter Heftigkeit und Form und sehr langer Dauer wieder ein, um in den nächsten Monaten zur altgewohnten Regelmäßigkeit überzugehen.

Bei der Frage nach dem Wege der Beeinflussung ist der deutlichste Beweis für die elektive Neigung der Eierstöcke zu den Röntgenstrahlen das mikroskopische Präparat und die schon makroskopisch deutliche Verkleinerung bestrahlter Ovarien. Wie groß dieselbe sein kann, wie sie durch Zerdrücken der Follikel, durch bindegewebliche Degeneration vor sich geht, wie sie nach Dosen abstufbar ist, habe ich an einer Serie von Tiereierstöcken gezeigt, die mit steigenden Dosen behandelt worden sind. Auch die erst nach hohen Dosen zu beobachtende Atrophie des unabgedeckten Uterushornes habe ich im Bilde festgehalten und erlaube mir jetzt die Demonstration einiger Präparate.

Soviel ist jedenfalls heute schon sicher, daß die Radiotherapie in der Gynäkologie bereits ungeahnte Erfolge gezeitigt hat und bei weiser Einschränkung berufen erscheint, auch in Zukunft eine große Rolle auf diesem Gebiete zu spielen.

II. Referate.

Innere Medizin

(einschließlich Kinderheilkunde und Infektionskrankheiten).

Richard Oppenheim (Berlin): **Einige Bemerkungen zur Aetiologie, Differentialdiagnose und Therapie im Anschluß an einen Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter).** (Dissertation, Freiburg 1911.)

In dem der Arbeit zugrunde liegenden Falle handelt es sich um ein Kind von gesunden Eltern, das am 13. Tage erkrankte. Das Kind war von der Mutter nicht gestillt worden. Es gelangte erst am dritten Krankheitstage zur klinischen Beobachtung. Die Affektion soll mit einer Bildung von kleinen Blasen auf dem Kopfe angefangen, dabei soll Fieber bestanden haben; am zweiten Tage fing die Haut auf dem ganzen Körper an sich in großen Fetzen abzustoßen. Als das Kind zur Aufnahme kam, zeigte es die ganz eindeutigen Symptome der Dermatitis exfoliativa neonatorum und ihren nur durch leichte Komplikationen getrübten Verlauf. Um die Augen und Mundwinkel bestanden dicke gelbliche Borken, nach deren Lösung das nässende Corium freilag. Das Kinn ist von Epidermis frei; auf dem ganzen übrigen Körper hängt die Epidermis teils in großen Fetzen herunter, teils ist sie durch Blasen, deren Inhalt vertrocknet ist, abgelöst. Mit dem Finger läßt sich die Epidermis in großen Lamellen abschieben. Das darunterliegende Corium ist trocken, das Abdomen aufgetrieben, gespannt. Milz nicht palpabel; die Augen werden zugekniffen gehalten. Nach einer Woche tritt am rechten Ellenbogen eine kleine Druckstelle mit entzündeten Rändern auf. Am 14. Tage nach dem von der Mutter mitgeteilten Beginn der Erkrankung ist die Haut völlig blank und trocken, sie zeigt keine Abschuppung mehr. Das Kind sieht gut aus, trinkt gut und erholt sich langsam. Die Entzündung am Ellenbogen ist abgelaufen.

Ueber die Aetiologie der beschriebenen Erkrankung ist nichts Sicheres bekannt. Bei der Abgrenzung und Differentialdiagnose der Dermatitis exfoliativa neonatorum gegen andere Hautaffektionen der Neugeborenen kommen in Betracht: Pemphigus syphiliticus, Pemphigus foliaceus, Erythrodermia desquamativa (Leiner), Pemphigus neonatorum.

Verf. erörtert kurz die ätiologischen und differentialdiagnostischen Punkte. Es erscheint ihm zweckmäßig, die Dermatitis exfoliativa neonatorum, wenn sie typisch verläuft, getrennt vom Pemphigus neonatorum zu beschreiben und zu behandeln. Der an der Freiburger Kinderklinik (Prof. Salge) beobachtete Fall gehört in die Reihe der Fälle, die man in dem Sinne Galowskys der Ritterschen Dermatitis exfoliativa neonatorum zuzählen muß, da sich sein Symptomenkomplex mit der Ritterschen Beschreibung (Oesterreichisches Jahrbuch für Pädiatrie, 1870) deckt.

Die Therapie der Dermatitis exfoliativa neonatorum darf nicht nur eine rein lokale sein, sondern hat daneben als wichtigste Punkte den Ernährungszustand und das Allgemeinbefinden des Kindes zu berücksichtigen. Die Krankheit befällt besonders gern die Kinder, die schon an und für sich lebensschwach sind, Frühgeburten und schwächliche Kinder, deren Resistenz von vornherein gering ist. Deshalb ist es von größter Bedeutung, ob Frauenmilch vorhanden ist oder nicht. Die Ernährung muß unter allen Umständen mit Frauenmilch erfolgen, sonst ist die Prognose außerordentlich schlecht. Für die lokale Behandlung ist es wichtig, von dem Kinde Sekundärinfektion fernzuhalten. Tritt diese ein, so kann es im schwersten Falle zu allgemeiner Sepsis kommen. Im beschriebenen Falle wurde das Kind, nachdem die von der Hornschicht entblößten Stellen mit 3 proz. Arg. nitr. täglich einmal gepinselt waren, dick, mit steriler Bolus alba eingepudert. Auf diese Weise gelingt es, das nässende Corium trocken zu erhalten und den Mikroorganismen einen günstigen Nährboden zu entziehen. Zweckmäßig ist ferner, adstringierende Bäder vor Anlegung des Verbandes zu geben. Man benutzt dazu entweder Tanninbäder (20 g Acid. tannic. auf ein Säuglingsbad) oder Bäder von Eichenrindenabkochung. Der beschriebene Fall genas bei dieser Therapie in 12 Tagen. F.

Doz. Dr. **Egmont Baumgarten** (Budapest): **Heilung von Infiltrationen im Kindesalter nach akuten Infektionen.** (Medizinische Klinik, 1912, No. 1.)

Es ist eine bekannte Tatsache, daß sich bei Erwachsenen Carcinome und Sarkome, besonders im Gesicht oder am Halse, nach einer Erysypelinfektion entweder gänzlich oder doch wesentlich zurückbilden. Dies wurde auch bei gutartigen Neugebilden beobachtet. Bei Kindern sind diese Erscheinungen selten, da bei diesen Carcinome und Sarkome nur in den seltensten Fällen vorkommen, und Verfassers Erfahrungen beschränken sich bloß auf gutartige Neubildungen. Verf. hat schon vor Jahren in seinen Arbeiten über die multiplen Kehlkopfpapillome hervorgehoben, daß bei Kindern mit Papillomen diese sich nach akuten Infektionen, wie nach Morbillen, Scharlach, Diphtheritis, meistens wesentlich zurückbilden, ja selbst ganz verschwinden können. Nach einiger Zeit kehren sie aber meistens wieder zurück, in selteneren Fällen aber in so geringem Maße, daß die endgültige Heilung bald erfolgt. Daß aber nach akuten Infektionen bei Kindern chronische Infiltrationen sich zurückbilden können, ist bisher nicht beschrieben worden. Verf. hat während seiner 25 jährigen Praxis zwei derartige Fälle beobachtet. Im ersten Falle wandte er bei einem 12 jährigen Knaben wegen Lupus eine energische lokale Behandlung an. Bei dem Knaben waren beiderseits an dem membranösen und knorpeligen Anteile des Septums Infiltrationen, in diesen zahlreiche Knötchen, welche rechts tief in den Knorpel eindrangen. Auch die Uvula war stark infiltriert. Die Infiltrationen der Nase gingen auf die lokale Behandlung zum Teil zurück, die Uvula aber ließ sich nicht beeinflussen. Da wurde der Knabe durch einen Kranken mit Erysipel infiziert. Das Erysipel heilte bei ihm rasch und nach 14 Tagen konnte er entlassen werden. Als er nach einigen Tagen sich wieder vorstellte, war Verf. sehr erstaunt über den Befund der Untersuchung; denn nicht nur die zurückgebliebenen Infiltrationen des Septums hatten sich ganz zurückgebildet, sondern auch die Uvula war wieder normal und zeigte keine Spur der früheren Erkrankung.

Im zweiten Falle war der Verlauf noch interessanter. Hier handelte es sich um entzündliche Infiltrate des Kehlkopfes auf wahrscheinlich tuberkulöser Basis. Das Infiltrat wollte der Behandlung nicht weichen. Als sich aber der Knabe während der fruchtlosen Behandlung eine Diphtheritis zuzog, verschwand die Infiltration mit außerordentlicher Schnelligkeit. In diesem Falle kann allerdings die Frage aufgeworfen werden, ob nur die Diphtheritisinfektion die Resorption des Infiltrates bewirkte, oder ob die Seruminjektion dabei auch eine Rolle spielte. Verf. würde nicht schwanken und bei einer ähnlichen Infiltration nächstens eine Seruminjektion versuchen, wenn alle anderen Behandlungen zu keinem Ziele führen würden. Kr.

M. Neustädter und **William C. Thro** (New York): **Experimentelle Poliomyelitis acuta.** (Deutsche med. Wochenschr., 1912, No. 15.)

Die Verfasser zogen aus gewissen epidemiologischen Beobachtungen den Schluß, daß der Krankheitserreger der Poliomyelitis acuta im Staub sich befinden muß und daß der Nasopharynx wahrscheinlich die Eingangspforte für die Infektion bildet. Um diese Hypothese experimentell zu beweisen, verschafften sich die Autoren Staub von Wohnungen, in welchen Fälle von Poliomyelitis vorgekommen waren, und stellten sich aus diesem Staub wässerige Extrakte her, welche sie Affen intrazerebral, intraspinal und subkutan injizierten. Bis jetzt wurde an sechs Affen experimentiert. In drei Versuchen, welche die Autoren genau mitteilen, wurden positive Resultate erzielt. Um andere Krankheitserreger auszuschließen, wurden die Extrakte vorher durch Watte und durch Berkefeldfilter filtriert, da nach Levaditi und Landsteiner das Virus der epidemischen Kinderlähmung durch Berkefeldfilter hindurchgeht. Die Verfasser glauben durch ihre Versuche bewiesen zu haben: 1. daß der Krankheitserreger der Poliomyelitis acuta durch den Staub verbreitet wird, 2. daß er in den menschlichen Körper wahrscheinlich auf dem Wege des Nasopharynx gelangt. R. L.

Dr. **Ch. Aubertin**: **Verlangsamte Atmung durch Schwellung der Bronchialdrüsen.** (Revue d'hygiène et de médecine infantiles, Bd. 10, H. 5 u. 6.)

Ein 13 jähriges Kind erkrankt mit Schmerzen in der Präcordialgegend. Kein objektiver Befund. Nach wenigen Wochen leichte Abmagerung und Hinfälligkeit und eine auffallende Verlangsamung der Atmung (6—8 mal in der Minute). Die Inspiration erfolgt mühsam unter Zuhilfenahme der Musc. sterno-cleido-mastoid.; Nasenflügelatmen. Die Exspiration erfolgt sofort, rasch und ohne Anstrengung. Dann tritt eine Apnoe von wenigen Sekunden ein. Der Puls ändert sich nicht. Der Zustand ist auch im Schlaf der gleiche. Die Durchleuchtung des Brustkorbes ergibt Schwellung der linken Bronchialdrüsen, keine Verwachsung der Pleura oder Lähmung des Zwerchfells. Die Präcordialschmerzen werden auf Druck intensiv etwas unterhalb und nach innen von der Brustwarze lokalisiert; ferner ist ein Schmerzpunkt zwischen beiden Muskelbäuchen des linken Kopfnickers vorhanden. Weiter tritt bei dem Kind nach dem Essen Aufstoßen auf. Dieser Symptomenkomplex weist auf einen der seltenen Fälle von Kompression des Nerv. phrenicus durch die geschwollenen Bronchialdrüsen hin. Zugegeben muß werden, daß es sich auch um eine Kompression des Vagus handeln könnte; dagegen spricht indes die Gesamtheit der Symptome, ferner, daß eine verlangsamte Atmung nach Verletzung des Vagus kaum bekannt ist. Die Erkrankung der Drüsen scheint nicht tuberkulöser Art zu sein. Unter Arsen hat sich das Allgemeinbefinden gebessert, aber die verlangsamte Atmung und der objektive Befund sind unverändert geblieben. R.

Dr. **Hugo Hecht** (Prag): **Neuinfektion nach Abortivbehandlung der Syphilis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 15.)

Ein 18 jähriger Mann, der im Februar 1911 sich einen spezifischen Primäraffekt zugezogen und deswegen eine kombinierte Kur (Salvarsan intravenös und Kalomelinjektionen) durchgemacht hatte, zog sich, nachdem er frei von Symptomen geworden war, im Oktober 1911 ein neues Ulcus specificum (mit zahlreichen Spirochaetae pallidae) zu. Nach 4—5 Wochen zeigte sich das typische Exanthem. Der Patient bekam wieder 0,4 g Salvarsan intravenös und wurde weiter mit Kalomelinjektionen behandelt. Das Besondere an dem Falle ist das zeitliche Verhalten der Wassermannschen Reaktion. Februar 1911 war sie negativ, ebenso im März. Anfang April wurde sie schwach positiv. Am 1. Mai negative Reaktion. Am 25. Juni stark positive Reaktion. Ohne weitere Behandlung im Juli und September wieder negativ, um bei Auftreten der neuen syphilitischen Infektion wieder positiv zu werden. — Der Fall ist nach Verf. entweder als echte Reinfektion zu deuten oder als Superinfektion eines Latentluetischen.

Dr. **Vorbrodt** (Düsseldorf-Grafenberg): **Zur Kenntnis der familiären Paralyse.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 15.)

Verf. hatte Gelegenheit, in der Irrenanstalt Friedrichsberg bei Hamburg das Vorkommen von Paralyse in einer Familie, bestehend aus Vater, Mutter und Sohn, zu beobachten. Der Vater erkrankte zuerst an Taboparalyse und starb ¼ Jahr nach Aufnahme in die Anstalt. Die Mutter, die vor ihrer Ehe luetisch infiziert worden war, wurde drei Jahre später in die Anstalt gebracht und zeigte ebenfalls das ausgesprochene Bild der Paralyse. Sie lebt noch. Der 14 jährige Sohn wurde einen Tag später als die Mutter in die Anstalt gebracht; er zeigte ebenfalls das ausgesprochene Bild der Taboparalyse und starb unter schnell fortschreitendem Verfall ¼ Jahr nach der Aufnahme. Die Sektion bestätigte in beiden tödlich verlaufenen Fällen die Diagnose. R. L.

Dr. **L. Boros**, em. Spitalarzt, Leiter des ärztl. Laboratoriums zu Temesvár: **Cylindroide im Urin.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 11.)

Die Cylindroide bestehen aus Schleim und werden auch als Schleimzylinder bezeichnet. Sie sind nach den Untersuchungen des Verfassers von den Nierenzylindern in ihrer Bedeutung nur quantitativ verschieden. Beweisen die Zylinder die schon bestehende Nephritis, so bezeugen die Cylindroide einen Zustand der Nierenreizung, der als solcher oder als Ausgangsende einer Nierenentzündung zu betrachten ist. Verf. beobachtete die Cylindroide bei Schwangerschaft, Infektionskrankheiten (besonders Scarlatina, Influenza), Erkältungen, Arteriosklerosis, toxischen Einflüssen (Alkoholabusus, Gicht) usw. In vielen Fällen erschienen Zylinder und Cylindroide zu gleicher Zeit bei demselben Individuum, bald waren diese, bald jene in größerer Anzahl vorhanden, wobei das Zurückdrängen der Zylinder stets mit Besserung des Befindens verknüpft war. Wie die Cylindroide oft eine bevorstehende schwere Nierenerkrankung verkündeten, so ließ sich häufig ein besonders schönes gesetzmäßiges Abklingen einer ausgesprochen mit starker Cylindrurie verbundenen Nephritis beweisen. In einem solchen Falle wurde schon nach einer Woche aus der Cylindrurie eine Cylindroidurie, und nach weiteren 10 Tagen war auch diese geschwunden. Kr.

Chirurgie.

Dr. **Peter Janssen**, Dozent für Chirurgie u. chirurg. Urologie, Oberarzt der chirurg. Klinik der Akademie f. prakt. Medizin in Düsseldorf: **Die Indikationsstellung zur operativen Behandlung der Prostatahypertrophie.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 9.)

Für operatives Vorgehen an der Prostata selbst reserviert Verf. diejenigen Fälle, in denen eine Hypertrophie der Seitenlappen besteht oder eine solche des „Mittellappens", die entweder von einem Seitenlappen ausgeht oder eine isolierte Hypertrophie der submukösen Urethraldrüsen darstellt, wenn es nicht gelingt, die durch die Passageverlegung bedingten Beschwerden durch diätetische usw. Maßnahmen zu bessern, wenn andererseits die Lähmung des überdehnt gewesenen Blasenmuskels keine so große ist, daß nicht eine gute aktive Expression der Blase gewährleistet ist und wenn endlich nicht der Allgemeinbefund oder eine bestehende septische Entzündung der Harnwege die Vornahme eines größeren Eingriffs kontraindizieren. Die vor Angabe der Prostatektomie angewandten operativen Mittel, die indirekt eine Volumenverminderung der Drüsen anstrebten, die Castratio duplex, die Unterbindung der Vasa deferentia, der Arteriae spermaticae internae oder gar der Arteriae iliacae internae, haben heute nur noch historisches Interesse. Die Bottinische Operation wird nur noch selten angewandt, etwa in Fällen, wo der Allgemeinzustand einen größeren Eingriff verbietet. Das wegen des Arbeitens „im Dunkeln" wenig chirurgische Verfahren schloß recht unangenehme Zufälle nicht aus, so das Durchtrennen miterhobener Falten der Blasenwand, und es veranlaßte nicht selten schwere Blutungen, deren Beeinflussung naturgemäß kaum möglich war. Alle diese Verfahren sind überholt durch die Prostatektomie, und zwar durch die Prostatektomie, welche die vollkommene Ausschälung der Drüse unter Preisgabe der Urethra prostatica bewirkt. Die Frage, ob der perineale oder transvesikale Weg zu wählen, ist im wesentlichen entschieden zugunsten des letzteren, der ein saubereres Arbeiten und eine sicherere Entfernung des Mittellappens gewährleistet als der perineale, und der endlich eine schonendere Behandlung der die Prostata bedeckenden Blasenschleimhaut erlaubt, aus deren nun als Trichter nach unten fallendem Material man sich ein wichtiges Hilfsmittel bei der Regeneration der Urethra prostatica herzustellen hat. Die Resultate sind überraschend gute; die Patienten leben unter der Wiederherstellung ihrer Blasenfunktion körperlich und seelisch gleichermaßen auf. Eine Störung der Kontinenz pflegt, wenn überhaupt, dann nur für höchstens einige Wochen in geringstem Grade vorhanden zu sein, um dann völlig normale Verhältnisse zu erreichen.

Was aber soll nun für diejenigen Kranken geschehen, denen man aus den oben skizzierten Gründen die Segnung der Radikaloperation nicht zuteil werden lassen kann? Der Harn muß aus der Blase abgeleitet werden, ohne daß die Kranken den Gefahren des täglich mehrfach auszuführenden Katheterismus ausgesetzt sind und ohne daß sie in leichter Berufsarbeit gestört werden. Die einfache suprapubische Fistelbildung wird dieser Forderung nicht gerecht, da sie keinen wasserdichten Abschluß bilden würde, ebensowenig die Schrägkanalbildung aus der Blasenwand, die für diese Kategorie von Kranken einen viel zu schweren Eingriff darstellt, bei fettleibigen Leuten sich auch technisch oft nicht ausführen lassen würde. Wir besitzen aber ein solches Verfahren der Fistelbildung, der Cystostomose, welches von Witzel vor langen Jahren angegeben wurde, und welches, obwohl es allen jenen Anforderungen entspricht, leider nicht die allgemeine Verbreitung gefunden hat, die ihm zukommt. Es besteht in der Anlage eines langen, die ganze Bauchwand durchbohrenden Schrägkanals. Die Ausführung ist so einfach, daß sie auch vom Nichtspezialchirurgen geübt werden kann, ohne Schaden anzurichten, sofern er nur für die dringend notwendige Asepsis garantieren kann. Technik: In eine für eine Hautinzision von 1 cm Länge genügend durch Infiltration anästhetisch gemachte Partie drei Finger breit seitlich der Mittellinie des Bauches, unterhalb des Nabels, wird ein dicker gebogener Fleurantscher Trokar subkutan schräg bis zur Mitte der Symphyse durchgestochen, ein Eingriff, der sehr schnell und fast schmerzlos ausführbar ist. Dann senkt man die Spitze des Instruments oberhalb der Symphysenmitte in die Tiefe und bringt so dieselbe in die vorher maximal angefüllte Blase hinein. Nach Herausnahme dieses Stachels führt man durch das Metallrohr ein genau in dasselbe passendes dünnes Schlundrohr (No. 13) ein, dessen in das Instrument eingeführten Teil man so lang bemessen hat, daß das Metallrohr nicht über den Schlauch, sondern mit einem Teil desselben herausgezogen werden kann, das heißt, man führt in das Trokarrohr in situ einen Teil des Schlundrohrs ein, der etwa 2½ mal so groß als die Länge des Trokars ist. Nach Herausnahme des Trokarrohres befestigt man unter einem kleinen Pflasterverbande den Gummischlauch an der Haut. Der Kranke kann nun durch das in der Zwischenzeit zugestöpselte Rohr jederzeit seine Blase beschwerdefrei und ohne die Gefahr, sich zu infizieren, entleeren. Das Fortfallen des durch das frustrane Pressen bedingten Reizes des Blasenhalses hat nun gewöhnlich eine ganz eigentümliche Einwirkung auf den Lokalbefund der Vorsteherdrüse. Die Ableitung des Harnstroms veranlaßt in sehr vielen Fällen ein Abschwellen der vergrößerten Prostata, so daß die Kranken befähigt werden, ihre Blase auf natürlichem Wege zu entleeren. Eine geringe Unbequemlichkeit besteht darin, daß eine leichte Cystitis sich durch den Reiz des liegenden Rohres nicht vermeiden läßt. Eine ernstliche Störung wurde dadurch nie veranlaßt, nur ist natürlich eine Durchwaschung der Blase alle 8 bis 14 Tage notwendig. Eine Auswechselung des Rohres wird etwa alle vier Wochen vorgenommen und veranlaßt keine Beschwerden. Kr.

Dr. **Waelli** (Basel): **Eine Ausgipsung der Urethra.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 15.)

Ein 35 jähriger Patient suchte die Hilfe der Basler chirurgischen Klinik nach, weil seit einem Tage seine Harnröhre durch Gips verstopft sei. Der Penis stand bogenförmig vom Körper ab, aus der Urethra floß etwas Blut. Die Fossa navicularis zeigte keine Verletzungen. Die Harnröhre fühlte sich wie ein Schlauch an, in dem einzelne größere und kleinere Kugeln sich befinden; die vordere Partie der Harnröhre war 3 cm weit leer. Die prall gefüllte Blase reichte bis zum Nabel. Zunächst konnte der vordere Teil der Harnröhre mittels Kornzange, Gallensteinlöffeln und -zangen entleert werden; die Massen bestanden in der Tat aus Gips. Schließlich mußte man wegen der Blutung aus der Urethra aufhören. Zunächst wurde nun

die Blase mittels Punktion entleert. Eine Röntgenaufnahme zeigte nun, daß die Blase kein Gips enthielt. In Lokalanästhesie wurde jetzt an der Skrotalwurzel die Urethrotomie vorgenommen. Von einem 1 cm langen Schnitt aus konnte der Rest des Ausgusses entfernt werden. Die Harnröhre war auffallend weit. Ein Finger füllte das Lumen nicht aus. Für einige Tage wurde ein Dauerkatheter eingelegt. Von einer Naht der Urethra wurde Abstand genommen. Nach einigen Wochen konnte der Patient entlassen werden. Das gesamte Quantum Gips betrug 15½ g. Der Patient hatte wahrscheinlich das Gips in flüssigem Zustande in die Harnröhre gebracht. — Ein analoger Fall ist in der Literatur nicht bekannt. R. L.

Ophthalmologie.

Dr. **Ch. Oguchi** (Tokio): **Ueber die eigenartige Hemeralopie mit diffuser weißgraulicher Verfärbung des Augenhintergrundes.** (v. Graefes Archiv für Ophthalmologie, Bd. 81, H. 1.)

Hemeralopische Augenerkrankungen, welche auf kongenitaler Anlage beruhen, weisen verschiedene Veränderungen des Augenhintergrundes auf. Typisch ist die sogen. Retinitis pigmentosa; ferner gibt es eine Form, die sich durch kleine, weiße Flecken, die mehr oder weniger getrennt liegen, auszeichnet. Man hat zwei Arten davon unterschieden: 1. Fundus albipunctatus cum hemeralopia congenita, bei welchem sich keine Veränderung des Hintergrundes außer Pünktchen findet und keinerlei Funktionsstörung außer Hemeralopie besteht, und der in seinem Verlaufe stationär ist. 2. Retinitis punctata albescens, bei welcher sich am Augenhintergrunde außer Pünktchen Pigmentverschiebungen und -anhäufungen, Atrophie der Papillen, Verdünnung der Retinalgefäße, atrophische Herde der Chorioidea finden, bei welcher, abgesehen von der Hemeralopie, die Sehschärfe herabgesetzt und welche auch progressiv ist. Verf. berichtet nun über drei von ihm bei japanischen Soldaten beobachtete Fälle von Hemeralopie, welche zu keiner der erwähnten Kategorien gehören. Ihr Charakteristicum ist eine diffuse, weißgrauliche Verfärbung des Augenhintergrundes, während andere degenerative Veränderungen vollkommen fehlen. Ein vierter analoger Fall wurde von Prof. Komoto (Japan) beobachtet. In drei Fällen liegt sicher eine kongenitale Anomalie vor; denn die Eltern sind blutverwandt oder die Brüder von gleichartiger Krankheit befallen. — In der Literatur konnte Verf. keine ähnlichen Fälle auffinden. R. L.

Geburtshilfe.

Prof. **L. Seitz** (Erlangen): **Hyperemesis als Schwangerschaftsintoxikation.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 15.)

Früher glaubte die Mehrzahl der Autoren, daß das Erbrechen der Schwangeren rein reflektorischer oder rein psychogener Natur sei. Dagegen spricht die Erfahrung, daß nicht nur neuropathische Individuen an Hyperemesis erkranken, sondern daß nicht selten auch durchaus gesunde und vernünftige Frauen von der Krankheit befallen werden. Ferner haben die Sektionsbefunde in tödlich verlaufenen Fällen von Hyperemesis gravidarum tiefgreifende anatomische Veränderungen ergeben. Auch Vortr. fand solche in einem Falle, wo trotz Einleitung des künstlichen Aborts 2 Tage später der Tod eintrat. Die Hauptveränderung findet sich ausnahmslos in der Leber; sie zeigt parenchymatöse und fettige Degeneration, Infiltration und Nekrose der Leberzellen, und zwar am stärksten in der Mitte der Acini. In zweiter Linie sind die Nieren betroffen; sie weisen Verfettungen und Nekrosen in den sekretorischen Teilen auf, oder sie zeigen den typischen Befund einer akuten parenchymatösen Nephritis. Derart hochgradige Veränderungen können nicht durch rein nervöse Störungen zustande kommen; sie weisen auf eine Intoxikation durch Schwangerschaftstoxine hin. Dafür spricht auch eine Reihe klinischer Momente: das häufige Auftreten von Ikterus und die seltenere Hämoglobinämie, die Komplikation der Hyperemesis und Neuritis mit Ptyalismus, das nicht seltene Vorkommen von Purpura und multiplen kleinen Blutungen in den Geweben und in den Organen. In den leichteren Fällen sind die Veränderungen offenbar viel geringer und daher reparabel; hier tritt wahrscheinlich vielfach Selbstheilung ein. Die bei der Hyperemesis gravidarum gefundenen Veränderungen haben eine gewisse Aehnlichkeit mit den Befunden bei der akuten gelben Leberatrophie und gleichen in manchen Punkten den Veränderungen, welche man bei der Eklampsie findet. In der Schwangerschaft wird die Leber viel mehr, als man früher annahm, geschädigt. Dies beweisen eine Reihe von pathologischen Befunden im Urin der Schwangeren, wie Glykosurie, vermehrtes Ausscheiden von Ammoniak, gehäuftes Auftreten von Aminosäuren und des Polypeptidstickstoffes im Harn, ferner vermehrte Ausscheidung von Bilirubin, in den schweren Fällen Auftreten von Oxybutter-Acetessigsäure und namentlich von Leucin und Tyrosin. R. L.

Stabsarzt Dr. **Rieck** (Frauenarzt in Mainz): **Pituitrin als Wehenmittel im Privathause nicht zu empfehlen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 15.)

Verf. berichtet über einen Fall, in welchem er einen Mißerfolg mit Pituitrin erlebte. Es handelte sich um eine Frühgeburt bei einer II-Para. Es hatten vor drei Tagen Wehen begonnen, am nächsten Tage war die Blase gesprungen, jetzt hatten die Wehen ganz aufgehört. Bei der inneren Untersuchung fand sich die Portio erhalten, der innere und äußere Muttermund für knapp zwei Finger durchgängig, der vorliegende Kopf beweglich. Verf. injizierte 7,5 Teilstriche Pituitrin von der neuen doppeltstarken Lösung, die in 1 ccm Flüssigkeit 0,2 g Hypophysenextrakt enthält. Es setzten auch Wehen ein, die ungefähr 6 Stunden dauerten; dann wurde noch eine Injektion gemacht. Der Muttermund hatte sich noch nicht erweitert; die Portio war noch nicht verstrichen. Es setzten wieder wehenartige Zustände ein, die etwa 4 Stunden dauerten. Dann aber geriet der Uterus in einen dauernd tetanischen Zustand. Die Portio war weit nach oben getreten, die Scheide zu einem langen Schlauch ausgezogen, der Muttermund knapp für zwei Finger durchgängig. Es blieb nichts übrig, als zu wenden, was in tiefster Narkose nur mit Mühe gelang. Das Kind mußte, weil die Geburt weiter stillstand, extrahiert werden. Dabei wurde der Kopf noch perforiert, da der innere Muttermund kaum fünfmarkstückgroß geworden war. Die Nachgeburt folgte ohne wesentliche Blutung sofort. Schon von anderer Seite sind tetanische Kontrakturen und Strikturen nach Pituitrin beobachtet worden. Wegen dieser Möglichkeit widerrät Verf., das Pituitrin bei Geburten im Privathause anzuwenden. R. L.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

Dr. **J. Schmelz**, Assistent der Nervenabteilung der Wiener Allgemeinen Poliklinik: **Die Jod- und Arsentherapie bei Tabes.** (Wiener med. Wochenschrift, 1911, No. 52.)

Die Jodtherapie, die Einverleibung von Jod in gebundenem Zustande, bei metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems ist althergebracht und sehr beliebt; sehr wenig wird das Arsen in solchen Fällen angewendet, wiewohl es sich als ein hochwirksames Tonicum und Nervinum bei Nervenerkrankungen, die mit allgemeiner Schwäche und Erschöpfung einhergehen, bewährt. Da das eine Mittel spezifisch, das andere mehr symptomatisch wirkt, hat Verf. beide Mittel zugleich Tabikern verabreicht und wählte hierfür die in Tabletten im Handel vorkommenden Jodglidine und Arsan. In jedem Falle von Tabes wurde auf Lues untersucht und die Wassermannsche Prüfung angestellt und, sofern nur ein Verdacht auf Lues bestand, die entsprechende Hg-Kur eingeleitet. Nach ca. 6—12 Wochen wurde mit der kombinierten Jod-Arsentherapie, mit Jodglidine und Arsan, begonnen. Die Patienten erhielten in den ersten zwei Wochen je 1 Tablette Jodglidine (0,05 g Jod enthaltend) nach dem Frühstück und Abendessen und 1 Tablette Arsan (0,002 g As enthaltend) nach dem Mittagessen, durch weitere 4—6 Wochen steigend 3—4 Jodglidine und 2 Arsantabletten täglich. Die beiden genannten Mittel sind Verbindungen des Jods resp. Arsens mit einem nukleinfreien, reizlosen Pflanzeneiweiß, bei denen der Eiweißcharakter möglichst wenig verändert wird. Die Abspaltung des J resp. As vom Eiweiß geschieht allmählich und kontinuierlich; die Resorption ist nicht schwankend, sondern konstant und langsam. Der durch die Einnahme von Jodglidine und Arsan erzielte therapeutische Effekt ist jedenfalls in nicht geringem Grade der glücklichen Komposition, der Bindung von J und As an Pflanzeneiweiß, zuzuschreiben, wodurch der Organismus unter einer anhaltenden gleichmäßigen Wirkung mit verhältnismäßig kleinen Dosen von J und As gehalten wird, ohne daß sich störende Nebenwirkungen geltend machen. Das Pflanzeneiweiß wird dem Körper zweckdienlich zugeführt, denn nur so läßt sich die fast durchweg konstatierte Gewichtszunahme, das relativ gute Aussehen und das subjektive Wohlbefinden der Tabiker erklären. In gleichem Maße als sich der somatische Zustand bessert, gehen Hand in Hand damit die zahlreichen Beschwerden der Tabiker, wie z. B. die lanzinierenden Schmerzen, das Gürtelgefühl und ähnliche Parästhesien, beträchtlich zurück. Infolge des Schwindens oder Abklingens der Schmerzen werden auch die Gehstörungen gebessert, die Ataxien schwinden fast ganz. Allerdings treten nach vielen Wochen und Monaten, wenn längere Zeit mit den Mitteln ausgesetzt wurde, Rückfälle bezüglich der Ataxien und Schmerzen ein, doch die Patienten schöpfen wieder Hoffnung und Mut, daß ihnen die neuerliche Einnahme der Mittel Besserung bringen werde.

Dr. **Bohumil Richter**, 1. Sekundärarzt des allgem. Kaiser Franz Josef-Krankenhauses in Trebitsch: **Unsere Erfahrungen mit Neupyrenol.** (Wiener klin. Rundschau, 1911, No. 50.)

Das Neupyrenol wird als ein kräftiges Expektorans und Sedativum und als ein mildes Antipyreticum und Anti-

rheumaticum bezeichnet. Als Expektorans wirkt das Neupyrenol nach Verfassers Erfahrungen in der Tat prompt. Er konnte bei allen Fällen der akuten und chronischen Bronchitis und in Fällen der croupösen und katarrhalischen Pneumonie gute Erfolge erzielen. Bei den akuten Bronchitiden verbindet sich die expektorative Wirkung des Neupyrenol mit der antipyretischen, bei den Pneumonien die expektorative mit der antiseptischen und kardiotonischen. Eine wesentliche Bedeutung des Neupyrenol sieht Verf. in dessen Wirkung bei den postoperativen Pneumonien. Auf Grund seiner Erfahrungen ist Verf. überzeugt, daß man durch rechtzeitige Verabreichung des Neupyrenols in entsprechenden Dosen die schon beginnende Hyperämie noch sistieren kann. Bei der Behandlung von Gelenkrheumatismus mit Fieber hat Verf. durch Neupyrenol gleichfalls schöne Resultate erzielt. Dagegen sah er in chronischen Fällen keine sichere Wirkung. Nicht nur in Fällen, wo es sich um fiebernde Kranke mit Lungenaffektionen, Influenza, Angina usw. handelte, für welche das Neupyrenol fast ein Spezificum ist, sondern auch in anderen Fällen mit Fieber, welche durch eitrige Prozesse hervorgerufen wurden, wo trotz des chirurgischen Einschreitens gesteigerte Nachmittagstemperaturen geblieben sind, hat Verf. das Neupyrenol als Antipyreticum gleichfalls mit befriedigendem Erfolge verabreicht.

Was die Verabreichung des Neupyrenols betrifft, so beschwerten sich manche Kranke über dessen aromatisch-brennenden Geschmack. Am besten vertragen die Kranken das Neupyrenol in gelöster Form (5 proz.) mit irgendeinem Korrigens (Syrupus rubi Idaei, Syrupus menthae piperitae usw.) oder in Tabetten.

In leichteren Fällen hat Verf. die Dosis von drei Löffeln einer 5 proz. Lösung pro Tag genügt. In schwereren Fällen hat er 6—8 Löffel pro Tag verordnet, ohne unangenehme Nebenwirkungen zu bemerken. Kr.

Prof. **H. Winternitz** (Halle a. S.): **Ueber den derzeitigen Stand der Jodipintherapie.** (Therapeut. Rundschau, Odessa 1912, No. 6 u. 7.)

Die Arbeit gibt eine umfassende Uebersicht über die Ergebnisse der Jodipintherapie, dabei auch die Stellung des Jodipins zu anderen Jodverbindungen vom physiologischen, pharmakologischen und therapeutischen Standpunkte erörternd. Jodipin nimmt eine Sonderstellung ein, weil es subkutan nicht nur ohne Schaden, sondern mit bemerkenswerten therapeutischen Vorzügen gegeben werden kann. Die Bedeutung dieser Anwendung liegt einesteils in der außerordentlich gleichmäßigen und kontinuierlichen Jodwirkung, anderenteils in der Durchführbarkeit der Jodbehandlung bei Kranken, bei denen eine Darreichung per os ausgeschlossen ist. Ein sehr großer Raum ist deshalb auch den Jodipininjektionen gewidmet. Vor allem verdient die eingehende Behandlung der Technik Beachtung. Zur Erleichterung der Einspritzungen wird vorgeschlagen, kleinere Dosen (3—5 ccm) öfter zu injizieren. Interessant ist die Undurchlässigkeit des im Körper deponierten Jodipins für Röntgenstrahlen; man hat die Jodipininjektionen statt des Jodoformglyzerins ihrer Reizlosigkeit halber zur bildlichen Darstellung von Fistelgängen etc. empfohlen. Aus den reichhaltigen therapeutischen Erfahrungen seien die günstigen Resultate der Jodipininjektionsbehandlung bei Arteriosklerose erwähnt, über die u. a. Gorbatow berichtete. Abgesehen von der Besserung des Allgemeinbefindens und des Schlafes, Regelung des Stuhlganges, Linderung der Schmerzen, Verminderung der Anginaanfälle ergaben die Röntgenbefunde Verkleinerung von Aneurysmen und Verminderung des Aortenumfangs bei Aortendilatation. Das größte und älteste Gebiet der Jodipinanwendung bilden syphilitische, speziell tertiär-syphilitische Erkrankungen; Jodipininjektionen gelten hier als wirksamste Jodmedikation. Neueren Datums sind die Untersuchungen über eine Beeinflussung toxischer Infektionen durch subkutan verabreichtes Jodipin. Praktische Erfahrungen bei Peritonitis, Erysipel, Bronchopneumonie, Scharlach, Sepsis, Pyämie, Puerperalfieber haben eine auffallend schnelle Temperaturherabsetzung und Hebung des Allgemeinzustandes ergeben. Das Zustandekommen dieser Effekte ist noch nicht genügend geklärt; experimentell will man nachgewiesen haben, daß Jodipin gewisse immunisatorische Vorgänge verstärke, indem es primär die Schilddrüsenfunktion anrege. M.

Marinestabsarzt Dr. **Gennerich** (Kiel): **Klinische Beiträge zur Collargolbehandlung des Tripperrheumatismus und anderer akuter Folgezustände des Trippers.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 15.)

Verf. berichtet über seine Erfahrungen bei der Behandlung gonorrhoischer Gelenkentzündungen mittels intravenöser Collargolinjektionen. Es ließen sich dabei die heftigen Allgemeinreaktionen dadurch vermeiden, daß stets ganz frisch destilliertes Wasser für die Bereitung der Lösungen verwendet wurde. Die Heilwirkung der täglichen intravenösen Collargolinjektion stellte sich bei frischen Tripperrheumatismen und Nebenhodenentzündungen als so günstig heraus, wie bei keiner anderen Behandlungsmethode. Die Technik ist folgende: Täglich wird eine 1 proz. Lösung von Collargol (Argent. colloidale) mit frisch destilliertem Wasser neu angesetzt und ½ Stunde im Wasserbade von 100° sterilisiert. Zur Injektion von 10 ccm der 1 proz. Lösung sind 2—3 Minuten Zeit zu verwenden. Bei Gebrauch konzentrierter Lösungen muß die Injektion noch langsamer geschehen. Als größte Einzeldosis wurden bisher 15 ccm der 1 proz. Lösung gegeben. Die gewöhnlichen Dosen betrugen 6—10 ccm der 1 proz. Lösung, welche täglich so lange fortgesetzt werden, bis nicht nur mehrere Tage kein Fieber mehr vorhanden ist, sondern auch nach dem Lokalbefund (Verschwinden der Entzündungserscheinungen und Schmerzen) eine Abtötung der lokalisierten Krankheitserreger anzunehmen ist. Ein Aussetzen der Behandlung ist erforderlich, wenn der Patient nach öfteren Injektionen mit Uebelbefinden reagiert. Bei ganz frischen Gelenkschwellungen genügt die Collargolbehandlung allein, um eine völlige Wiederherstellung in kurzer Zeit zu erzielen. Sind größere Ergüsse in den Gelenken vorhanden, so werden sie außerdem punktiert, mit 1 proz. Collargollösung ausgewaschen und einige Tage ruhiggestellt. Nach einigen Tagen dann in vorsichtiger Steigerung aktive und passive Bewegungen; später Massage und Bewegungsübungen. Sind schwere Veränderungen eingetreten, so müssen in der Nachbehandlung auch Stauung, Heißluftbehandlung angewendet werden. Eine gründliche Collargolkur ist nach Verf. auch in den älteren Fällen von Tripperrheumatismus zur Einleitung der Behandlung von Nutzen. Sie beseitigt zwar nur die entzündlichen Erscheinungen, ebnet aber dadurch sehr früh den Weg zu energischer Weiterbehandlung. Die Rückbildung der fortgeschrittenen Gelenkveränderungen kann natürlich nur durch medikomechanische Behandlung und resorptionsbefördernde Maßnahmen erfolgen. R. L.

Dr. **E. Braendle**, Sekundärarzt der dermatol. Abteilung des Allerheiligenhospitals in Breslau: **Ueber eine neue Behandlungsart der Epididymitis und Arthritis gonorrhoica.** (Medizin. Klinik, 1912, No. 11.)

Durch die Beobachtungen von Asch, Gennerich und Hammonic angeregt, hat Verf. bei Komplikationen im Verlaufe der Gonorrhoe Injektionen mit elektrischen Colloidmetallen — Electrargol und Fulmargin — versucht. Die auf elektrischem Wege hergestellten Colloidmetalle stellen eine Lösung dar, die eine große Anzahl ultramikroskopisch kleiner Metallpartikel in Suspension enthält. Im Gegensatz zu den chemisch dargestellten Collargolen sind diese Präparate nie durch irgendwelche Beimischungen verunreinigt. Dargestellt werden sie, indem man in destilliertem Wasser zwischen zwei Silberplatten elektrische Funken überspringen läßt. Durch diesen überspringenden elektrischen Bogen wird eine äußerst feine Pulverisierung des Metalls hervorgerufen. Ein weiteres Postulat für die Brauchbarkeit dieser Lösungen ist, daß sie isotonisch dargestellt werden. Die Firma Clin in Paris liefert ein derartiges Silberpräparat unter dem Namen Electrargol; in neuerer Zeit wird von dem chemischen Laboratorium Rosenberg in Charlottenburg ein auf demselben Wege dargestelltes Präparat unter dem Namen Fulmargin in den Handel gebracht. Die elektrischen Colloidmetalle sollen eine keimtötende und katalytische Wirkung ausüben. Das Electrargol im speziellen wurde von französischen Aerzten vielfach gegen die verschiedensten Infektionskrankheiten (Pneumonie, Angina, Erysipel, Typhus usw.) angeblich mit Erfolg angewandt. In der dermatologischen Abteilung des Breslauer Allerheiligenhospitals wurden, wie erwähnt, die beiden Präparate bei Komplikationen im Verlauf der Gonorrhoe, und zwar bei Epididymitis und Arthritis gonorrhoica, injiziert. Die Beobachtungen erstrecken sich auf 73 Fälle: 56 Fälle von Epididymitis und 17 Fälle von Arthritis gonorrhoica. Das Electrargol beziehungsweise Fulmargin wurde teils subkutan, teils intramuskulär, teils in den Krankheitsherd selbst injiziert. Am meisten zu empfehlen sind die intramuskulären Injektionen. Was zunächst die Resultate bei der Behandlung der Arthritis gonorrhoica anbelangt, so hat Verf. in seinen Fällen vor allem bei den akuten Formen des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus gute Erfolge von den Injektionen mit Electrargol gesehen. Er injiziert bei diesen Fällen intraglutäal 10 ccm der Flüssigkeit. Die Injektionen werden nach Bedarf bei etwas hartnäckigeren Fällen jeden zweiten bis dritten Tag wiederholt; sie sind schmerzlos und werden gut vertragen. Auch bei Epididymitis gonorrhoica waren intramuskuläre Electrargol- bezw. Fulmargininjektionen in der Menge von 10 ccm von gutem Erfolge begleitet. Bei hartnäckigen Fällen von Epididymitis kann evtl. noch in die Substanz des Nebenhodens selbst 1 ccm Electrargol injiziert werden. Kr.

Diätetische Therapie.

Dr. **H. L. Richartz** (Homburg v. d. H.): **Zur Frage der Chlorentziehung bei Hypersekretion des Magens.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 15.)

Die Therapie der Hypersekretion (Uebersäuerung) des Magens findet gelegentlich an kausalen Momenten ihren An-

griffspunkt, wenn z. B. chronischer Alkohol- und Nikotinmißbrauch, allgemeine Nervosität und Neurasthenie zugrunde liegen. Weiter versucht man vom Nervenapparat sowie von der Magenmucosa selbst aus auf die Sekretion möglichst direkt einzuwirken. Hierher gehören Kathodisierung des Vagus am Halse, Belladonnamedikation, Berieselung des Mageninnern mit einfachem Wasser oder differenten Lösungen, ferner Regelung der Ernährung (Fettdiät, Oelkuren), Trinkkuren. Schließlich sind die säuretilgenden und schmerzstillenden Mittel zu nennen. In vielen Fällen aber versagen alle diese Mittel. Verf. hat nun in derartigen Fällen mit Erfolg eine Chlorentziehung in Verbindung mit Magenspülungen durchgeführt. Gemischte Kost, möglichst kochsalzarm. Wegen ihres Chlornatriumgehalts wurden auch alle sonstigen Mineralwässer verboten; als Getränk wurde Wasser mit Tee und Cognac gegeben. Die auf diese Weise, hauptsächlich mit Brot und Milch, noch eingeführte Salzmenge beträgt etwa 3 g pro die. Regelmäßig 1 mal täglich, 2½ Stunden nach der Hauptmahlzeit, wird der Magen durch Ausheberung gänzlich geleert. Nach der Spülung bekommt der Patient eine der ausgeheberten ähnliche Mahlzeit. In der Mehrzahl der Fälle wurde auf diese Weise Besserung oder Heilung erzielt. Die Durchführung einer salzarmen Ernährung ist nicht nur technisch ziemlich schwer, sie erfordert auch ein großes Maß von Energie seitens der Patienten. Deshalb ist die Methode im allgemeinen nur für die ganz schweren Fälle zu reservieren. Einigermaßen kann man die Kur durch Darreichung chlorfreier Salze, z. B. phosphorsaurem Natrium oder Bromnatrium, mildern. R. L.

Ophthalmologische Therapie.

Dr. **F. R. v. Arlt** (Wien): **Eine neue Methode der Glaukombehandlung mit Pilocarpin und Dionin-Merck.** (Wochenschrift f. Therapie u. Hygiene des Auges, 1912, No. 20 u. 21.)

Die druckvermindernde Wirkung der Miotica bei Glaukom wird fast allgemein anerkannt; ihre alleinige Anwendung gibt dagegen nur wenige Dauererfolge. Das Dionin wirkt 1. als Lymphagogum, es verbessert auch die Nutritionsverhältnisse im Glaskörper; 2. als Analgeticum, was sich bei Glaukom besonders geltend macht, da die Analgesie nicht auf das Auge beschränkt bleibt; 3. als Resorbens, sowohl bei Glaukom mit Glaskörpertrübungen, wie bei Hypopyonkeratitis; 4. die Wirkung der Miotica und Mydriatica verstärkend. v. Arlt kombiniert Pilocarpin und Dionin, indem er — mit Dauerkompression der Tränenröhrchen — 0,002 g Pilocarpin mur. Merck und nach 8 Minuten 0,005 g Dionin einlegt und das Verfahren in 3—4 Tagen wiederholt. Bis zum gänzlichen Verschwinden der Drucksteigerung wird tagsüber dreistündlich 2—3 proz., vom 6. oder 8. Tage ab nur 1—2 mal 1 proz. Pilocarpinlösung eingeträufelt. Pilocarpin wirkt langsamer als Dionin. Durch die zeitlich verschiedene Anwendung wird nahezu gleichzeitig das Maximum ihrer Wirkung erreicht. Bei genauer Durchführung der Methode hat Verfasser keine Rückfälle gesehen. Unerwünschte Nebenwirkungen traten trotz hohen Alters der meisten Patienten nicht auf. Verf. hält die Warnungen vor Dioninanwendung bei älteren Leuten nicht für begründet. ck.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften.

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 8. Mai 1912 (Schluß).

Pathologisch-anatomische Befunde bei Nierentuberkulose.

Herr **Orth**: Es ist lange bekannt, daß die Tuberkulose in ihrer Lokalisation Beziehungen zu den Blutgefäßen hat; das ist nicht nur in der Pia mater der Fall, sondern auch bei allen anderen Organen. Es unterscheidet sich die tuberkulöse Erkrankung der Arterien von der syphilitischen dadurch, daß bei der Tuberkulose das Gefäßlumen lange offen bleibt, während bei Syphilis der Verschluß des Lumens sehr früh einzutreten pflegt. Aber auch bei Tuberkulose kann eine Verengerung des Arterienlumens herbeigeführt werden, die zu vollständigem Verschluß führt. Vor 30 Jahren hat Vortr. begonnen, sich um die Veränderungen der Nieren zu bekümmern, die im Anschluß an die Tuberkulose der Nierenarterien entstehen können. Es gelang ihm damals, zwei Arten von Veränderungen aufzufinden, die Nasse eingehend beschrieben hat. Am leichtesten zu erkennen ist die totale Nekrose eines Nierenabschnittes in der Form, wie wir sie bei der embolischen Verstopfung der Nieren zu sehen bekommen. In der Rinde sehen wir keilförmige gelbliche Infarkte. Meist handelt es sich dabei um Fälle von disseminierter Tuberkulose der Nieren bei Kindern. Es ist klar, daß hier ein absoluter Verschluß der Arterie vorhanden sein muß. Die Nierenarterien werden zu den Endarterien (Cohnheim) gerechnet, die keine Anastomosen untereinander haben; daher ist bei Verschluß eines Astes eine collaterale Zirkulation nicht möglich. Es ist nicht uninteresant, daß bei Tuberkulose ein vollständiger Verschluß von Nierenarterien (gewöhnlich an den Arcusarterien) eintreten kann und doch kein nekrotischer Infarkt dabei entsteht, wenn auch das Nierengewebe nicht unverändert ist. Man muß dabei bedenken, daß der tuberkulöse Verschluß der Arterie langsam vor sich geht, so daß Zeit für Entwicklung einer Collateralbahn gegeben ist.

Die zweite Veränderung, die bei der Untersuchung der Nieren gefunden wurde, ist eine lokalisierte, disseminierte Miliartuberkulose. Besonders häufig findet man beide Veränderungen: Infarktbildung und disseminierte Miliartuberkulose nebeneinander, während im übrigen Parenchym nur vereinzelte Tuberkel vorhanden sind. Das ist so zu erklären, daß es sich hier um eine Arterie handelt, die nicht verstopft, sondern durch den tuberkulösen Prozeß verengt ist; oder ein Tuberkel reicht bis an das Lumen der Arterie heran und sendet Tuberkelbacillen ins Lumen hinein. — Ferner ist Vortragender auf eine dritte Veränderung aufmerksam geworden. Es bildet sich eine umschriebene Atrophie der Harnkanälchen aus und zwar kann man zwei Fälle unterscheiden. 1. Es ist im Bereich der disseminierten lokalen Nierentuberkulose eine Atrophie der Harnkanälchen zu bemerken. Es ist nicht notwendig, daß diese im Anschluß an eine Infarktbildung zustande kommt. Aber auch ohne disseminierte Miliartuberkulose kann eine reine Atrophie der Harnkanälchen auftreten. Wie ist nun die Atrophie zu erklären? Es kann sich um keine Inaktivitätsatrophie handeln, da die Glomeruli absolut unverändert sind. Zunächst ist an die Möglichkeit zu denken, daß hier eine verminderte Ernährung vorliegt. Dabei ist zu berücksichtigen, daß bei gewöhnlichen embolischen Infarkten am Rande des Infarktes, wenn er ein gewisses Alter erreicht hat, eine ähnliche Atrophie der Harnkanälchen beobachtet wird. Man muß daher annehmen, daß in der Zwischenzeit zwischen Infarkt und dem normal ernährten Gewebe eine Ernährungsstörung Platz greift, die wohl zur Atrophie, aber nicht zur Nekrose führt. Es ist ferner an die Möglichkeit zu denken, daß es sich um eine Toxinwirkung, die von den Tuberkeln ausgeht und die Epithelzellen schädigt, handeln könnte; dann wäre aber die Keilform nicht zu verstehen. Vielleicht ist noch eine dritte Möglichkeit ins Auge zu fassen, die ein funktionelles Moment als Unterstützung heranzuziehen gestattet. Wenn ein Tuberkel die Arterie umgibt, muß die Bewegungsfähigkeit der Arterie geschädigt und der Blutdruck jenseits der komprimierten Stelle erniedrigt sein; infolgedessen tritt eine Veränderung der Absonderung in den Malpighischen Körperchen, d. h. eine Arbeitsatrophie derselben ein. Es können aber auch zugleich mehrere Ursachen mitwirken, um diese Atrophie der Harnkanälchen zu erzeugen. Tatsache ist, daß solche Atrophien für sich allein in den Nieren tuberkulöser Individuen vorkommen. Projektion einer großen Zahl von mikroskopischen Präparaten, welche das Besprochene illustrieren. Britzmann.

VII. Demonstrationsabend des Charlottenburger Aerzte-Vereins am 2. Mai 1912.

(Offizieller Bericht.)

Herr **E. Barth**: **Zur Technik der Rachenmandeloperation.**

Für die Abtragung der Rachenmandel sind eine große Zahl von Instrumenten empfohlen worden, Küretten, Scheren, Zangen, Schlingen; in ausführlichen Katalogen kann man 40 bis 50 verschiedene derartige Instrumente aufgezählt finden. Die große Zahl beweist, daß kein Instrument allseitig befriedigt. Am gebräuchlichsten ist das Beckmannsche Ringmesser, welches nach dem Prinzip der Kürette wirkt. Trotz der vielseitigen Verwendung haftet ihm aber der Mangel an, daß nicht selten (trotz aller Geschicklichkeit des Operateurs) die ganze Rachenmandel oder Teile an Schleimhautbrücken hängen bleiben, welche besonders durchtrennt werden müssen, daß dadurch die Operation für den Arzt wie für den Patienten unangenehm kompliziert wird, daß ferner die Pharynxschleimhaut auch über das Gebiet der Rachenmandel hinaus mehr oder weniger verletzt wird, daß bei gründlicher Operation nicht nur das lymphatische, sondern auch noch das submuköse Gewebe bis auf die Fibrocartilago basilaris ekrasiert wird, daß nach der Operation, entsprechend diesen Verletzungen, stärkere schmerzhafte Reaktionen und bei dem sogen. gründlichen Operieren auch störende Atrophien der ganzen Schleimhaut des Nasopharynx zurückbleiben.

Schütz suchte schon vor mehr als 20 Jahren in Empfindung dieser Mängel durch ein nach dem Prinzip der Guillotine wirkendes Instrument die Rachenmandel abzutragen. (Demonstration des Instruments.)

Dem Schützschen Instrument haftet jedoch der Mangel an, daß es unterhalb des Fensters so breit bleibt wie das Fenster selbst und dadurch so unhandlich wird, daß man es häufig in den Nasopharynx gar nicht hineinbekommt, daß man es auch nach gelungener Einführung manchmal nicht so regieren kann, wie es die Lage der Rachenmandel erfordert, daß sogar ein Schlundkrampf die Herausführung des Instrumentes gelegentlich sehr unangenehm erschwert. Daher

hat sich das Instrument trotz des vorteilhafteren Guillotineprinzips nicht eingebürgert.

B. hat daher unter Beibehaltung des Guillotineprinzips dem Instrument die Handlichkeit des Beckmannschen Ringmessers gegeben. (Demonstration.) Die Vorteile gegenüber dem Beckmannschen und den anderen kürettenartig wirkenden Instrumenten sind folgende:

Die Rachenmandel wird glatt abgetragen, ein Hängenbleiben an Schleimhautbrücken ist ausgeschlossen. (Demonstration von abgetragenen Rachenmandeln.)

Die Abtragung erfolgt im Stratum submucosum, so daß keine Schleimhautatrophie eintritt.

Indem Nebenverletzungen der Rachenschleimhaut ausbleiben, ist die Operation selbst weniger schmerzhaft und bleiben unangenehme postoperative Reaktionen, Schluckschmerz, Fieber, Entzündung der praevertebralen Muskeln aus.

Bezüglich ausführlicher Beschreibung der Operation sei auf einen demnächst in der „Klinisch-therapeutischen Wochenschrift" erscheinenden Originalartikel verwiesen.

Herr **Wiszwianski: Ein geheilter Fall von Wadenkrampf.**

W. demonstriert den am 4. Mai v. J. als fünften Fall*) vorgestellten Artur B. als vollständig geheilt. Es handelte sich bei dem jungen Manne um so heftige Wadenkrämpfe, daß er sich oft zu Boden werfen mußte und daher zu keiner Tätigkeit fähig war. Im allgemeinen ist der Wadenkrampf ein Symptom, das in leichterer Form zwar oft sehr lästig ist, jedoch weniger zur Behandlung kommt. Die hier vorliegende schwerere Form müsse jedoch behandelt werden und da ist die Nervenpunktmassage geradezu als Spezificum zu betrachten. Bereits nach der fünften Massage hörten bei dem Patienten die Wadenkrämpfe auf; mit dem Abdrängen der Symptome von der motorischen Sphäre traten jedoch sehr lästige sensible Beschwerden auf, die gelegentlich der vorjährigen Vorstellung noch in der Form des Kopfschmerzes vorhanden waren. Am 14. Juni v. J. war auch der Kopfschmerz verschwunden, ebenso alle Nervenpunkte beruhigt. Ein Rezidiv nach der sensiblen Richtung trat am 12. August auf; nach fünf Massagen waren alle Beschwerden wieder beseitigt. Nunmehr ist Patient seit dem 22. August v. J. vollständig geheilt und kann seinem Berufe nachgehen. Die Wadenkrämpfe haben sich seit 16 Monaten nicht wiederholt.

Herr **Heller: Galvanokaustische Behandlung der Hypertrophie der seitlichen Prostatalappen.** (Krankenvorstellung.)

H. schildert kurz den Stand der Lehre von der Therapie der Prostatahypertrophie. Trotz der Fortschritte der chirurgischen Behandlung der Vergrößerung der Vorsteherdrüse kann in einer Reihe von Fällen der Patient sich nicht zur Operation entschließen, der Arzt wegen der Gefahren des Eingriffs nicht auf Operation dringen. Neben der altbewährten diätetischen und Katheterbehandlung kommt bei der Erkrankung ein Versuch mit der Röntgentherapie in Frage. Es ist zu entscheiden, ob durch direkte Applikation der Strahlen auf die Drüse oder durch Bestrahlung der Hoden indirekt auf die Drüse eingewirkt werden soll. Für manche Fälle stellt aber auch die galvanokaustische Inzision ein Mittel dar, das einen Versuch durchaus lohnt, wenn man auch bisher noch nicht zu optimistisch urteilen darf. Durch das von Goldschmidt angegebene Irrigationsendoskop sind wir in der Lage, ein ganzes Gebiet der Pathologie diagnostisch und therapeutisch in Angriff zu nehmen, das uns früher fast ganz verschlossen war. Durch diese Instrument kann eine isolierte Hypertrophie der seitlichen Lappen der Vorsteherdrüse in verhältnismäßig frühen Stadien erkannt werden. Durch andere Methoden (Cystoskopie, Rektaluntersuchung) kann die gleichzeitige Vergrößerung des sogen. Mittellappens ausgeschlossen werden. Weiß man, daß die Beschwerden des Prostatismus nur auf der Hypertrophie der seitlichen Lappen beruhen, so kann man mit einem von Goldschmidt konstruierten, unter Leitung des Auges arbeitenden galvanokaustischen Inzisor in die vergrößerten Organe Einschnitte machen und unter günstigen Bedingungen Rückbildung beobachten. H. betont, daß nur für diese Fälle das Verfahren indiziert sei.

Der vorgestellte 63jährige Patient litt seit Jahren an außerordentlich quälenden Symptomen des Prostatismus. Er mußte jede Nacht 4—6 mal urinieren, hatte stets das Gefühl des Harndrangs; am Tage mußte er seine Gartenarbeit immer wieder unterbrechen, um Harn zu lassen. Allgemeinbefinden und Gemütsstimmung hatten erheblich gelitten. H. hat in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Schlenzka, der als früherer Assistent Goldschmidts die Methode mit ausgebildet hat, den Kranken in sechs Sitzungen galvanokaustisch operiert; in jeder Sitzung wurden etwa 3—4 Stellen der hypertrophischen seitlichen Lappen gebrannt. Deutlich war endoskopisch die Narbenschrumpfung festzustellen.

Der Erfolg ist funktionell ein vorzüglicher gewesen; trotzdem der Verlauf durch eine einseitige Hodenentzündung kompliziert war, ist Patient von seinen Beschwerden fast ganz befreit. Er brauchte in der Nacht nur noch einmal zu urinieren; der quälende Harndrang ist ganz verschwunden. H. hebt hervor, daß bei der Eigenart des Kranken es unmöglich ist, an eine suggestive Beeinflussung zu denken.

Diskussion:

Herr **Ernst R. W. Frank** teilt von ihm mit der Goldschmidtschen Methode bei Prostatikern gemachte diagnostische und therapeutische Erfahrungen mit. Für die ersten Stadien der Prostatahypertrophie, besonders für diejenigen Fälle, in welchen die von Guyon als „Prostatisme" geschilderten Symptome im Vordergrund stehen, leistet die galvanokaustische Behandlung mit Hilfe des Irrigationsurethroskopes vortreffliche Dienste. Für die Fälle erheblicher Prostatahypertrophie kommt die operative Entfernung in Betracht. Wir wissen heute auf Grund der Arbeiten von Griffith, Tandler und Marion, daß wir nicht die Vorsteherdrüse, sondern ein Adenom der Vorsteherdrüse entfernen, welches einerseits die eigentliche Vorsteherdrüse stark zurückdrängt und atrophisiert, andererseits die bekannte Tumorbildung in der Blase und prostatischen Harnröhre hervorruft. Frank hat in solchen Fällen von erheblicher Vergrößerung der Vorsteherdrüse, in welchen die Prostatektomie wegen schwerer Erkrankung des Gefäßsystems kontraindiziert war, mit gutem Erfolge die galvanokaustische Behandlung mittels des Goldschmidtschen Instrumentes ausgeführt. Mehrere Patienten, welche seit Jahren infolge kompletter Retention ein Katheterleben führten, konnten nach der Behandlung die Blase bis auf 20—40 ccm mühelos entleeren. Neigung zur Infektion und Hämaturie verloren sich. Die Behandlung in solchen Fällen muß eine klinische sein. Die Technik muß sehr sorgfältig beobachtet werden, vor allem ist vor tiefen Schnitten zu warnen, zu deren Ausführung von einigen Autoren besonders große Brenner konstruiert worden sind. Es kommt, worauf schon Burckhardt gelegentlich der Bottinischen Operation hingewiesen hat, darauf an, die Kapsel genügend zu spalten und dadurch eine Entspannung der Gewebe herbeizuführen. Stets ist in solchen Fällen die Dauersonde anzuwenden. Frank demonstriert seine Ausführungen und Resultate durch eine Reihe von Abbildungen. (Schluß folgt.)

*) Vergl. Allgem. Med. Central-Zeitung, 1911, No. 24

---

29 Deutscher Kongress für innere Medizin

vom 16. bis 19. April 1912 zu Wiesbaden.

Referent: Herr K. Reicher (Bad Mergentheim).

(Fortsetzung.)

Herren **W. Falta**, **A. Kriser** und **Zehner** (Wien): **Therapeutische Versuche mit Thorium X, mit besonderer Berücksichtigung der Leukämie.**

Das von den Auerwerken in Berlin den Autoren zur Verfügung gestellte Thorium X besitzt eine Halbwertzeit von 3,64 Tagen und die Thoremanation eine solche von nur 54 Stunden. Nach Versuchen des Physikers Brill werden daher nach subkutaner Einverleibung von Thorium X beim Menschen innerhalb der ersten vier Tage ca. 24 pCt. durch den Kot und 4 pCt. durch den Harn ausgeschieden. Im Tierexperiment erscheint das Blut nach Einverleibung von Thorium X deutlich aktiv, besonders stark aber Milz und Nebennieren. Thorium X erzeugt einen auffallend raschen Abfall der Leukocytenzahl im strömenden Blut sowohl bei normalen Tieren und Menschen als auch insbesondere bei vermehrtem Leukocytengehalt. So z. B. bei einem Kaninchen nach 500 000 Macheeinheiten Thorium X Abfall der Leukocyten von 5000 innerhalb 7 Tagen auf 400. Bei einem normalen Menschen nach der gleichen Dosis von 10 000 Leukocyten innerhalb 5 Tagen auf 4500. Bei Kaninchen liegt die tödliche Dosis bei subkutaner Injektion zwischen 0,6—1,0 Millionen Macheeinheiten, bei Hunden von 6—8 kg. bei 1½—2 Millionen. Die Gerinnungszeit des Blutes ist in den Zeiten hochgradiger Leukopenie erhöht, der Blutdruck erniedrigt. Die pathologisch-anatomische Untersuchung von Tieren, die mit hohen Thoriumdosen behandelt wurden, ergibt hochgradige Zerstörung der Milzpulpa und Schwund des adenoiden Gewebes, bei noch höheren Dosen hochgradige degenerative Veränderungen in den chromaffinen Zellen. Beim Menschen wurde meist eine tägliche Trinkkur von 50 000—100 000 Macheeinheiten verwendet; bei höheren Dosen entstehen Uebelkeit oder Aufstoßen, Erbrechen, Diarrhöen; in zwei Fällen verschwand die vorher bestehende Obstipation. Bei subkutaner bezw. intramuskulärer Applikation wurde zu Dosen von 15 000 bis (in einzelnen Fällen) 800 000 Macheeinheiten gegriffen, bei Leukämien sogar bis 1,2 Millionen Macheeinheiten. Nekrosen der Haut wurden bei mehr als 200 Injektionen nie gesehen, höchstens vorübergehende Rötung und Schwellung oder Pigmentierung. Unter 12 Fällen von chronischem Gelenkrheumatismus zeigten 3 eine deutliche, eine darunter eine eklatante Besserung. Ein Fall von sekundär-chronischem Gelenkrheumatismus blieb unbeeinflußt und wurde später durch Radium wesentlich gebessert. Zwei Fälle von Tabes zeigten eine sehr gute Beeinflussung der lanzinierenden Schmerzen. Ein Fall von Osteomyelitis wurde auffallend gebessert. Am überraschendsten war der Erfolg bei Leukämie. In 6 Fällen, und

zwar 2 lymphatischen und 4 myeloischen Leukämien, wurden die Leukocyten, deren Zahl zwischen 150 000 und 1 Million schwankte, nahezu bis auf die Norm herabgedrückt, nur 1 Fall besitzt noch 100 000 Leukocyten bei einer ursprünglichen Zahl von 600 000. Die Zahl der Erythrocyten ist bisweilen beträchtlich gestiegen. Die Milz wurde in allen Fällen bedeutend kleiner und weicher, der Leibesumfang in einzelnen Fällen um 10—13 cm kleiner. Die Drüsenpakete verkleinerten sich stets wesentlich oder verschwanden vollkommen. Zwei Fälle von leukämischen Veränderungen des Augenhintergrundes zeigen einen wesentlichen Rückgang. Das Körpergewicht ist in einzelnen Fällen beträchtlich angestiegen und das subjektive Befinden in vier Fällen ganz wesentlich gebessert worden. Bei zwei Fällen war eine erfolglose Röntgenbestrahlung der Thorium-X-Behandlung vorausgegangen. Ueber die Dauer der Erfolge läßt sich allerdings noch nichts aussagen. Carcinome verschiedener Lokalisation wurden auch bei höheren Dosen nicht beeinflußt. Bemerkenswerterweise wurden bei einem Falle von Lymphosarkom die Drüsenpakete im Abdomen deutlich weicher und kleiner.

Herren **Plesch** und **Karczag** (Berlin): **Ueber die Wirkung radioaktiver Stoffe.**

Nach intravenöser Einverleibung von Thorium X werden 2,19 pCt. durch den Urin ausgeschieden, derart, daß dieser nach 43 Stunden bereits inaktiv erscheint, die Hauptmenge im Kot. Addieren wir alle Ausscheidungen, so bleiben immer noch 80 pCt. im Organismus zurück, von denen wir 38 pCt. in den Knochen wiederfinden. Vergleichsweise lassen sich 24 Stunden nach Radiumverabreichung 75 pCt. in den Knochen nachweisen. Fermente werden durch Thorium X absolut nicht beeinflußt, wie Versuche mit Traubenzucker, Galaktose, Rohrzucker und proteolytische Versuche mit Trypsin ergeben. Sowohl am isolierten Froschherz als bei Suspensionsversuchen läßt sich eine günstige Einwirkung von Thorium X auf die Herztätigkeit zeigen. Der Blutdruck sinkt in vielen Fällen beim Menschen, besonders bei Hypertonien, wie ein Fall beweist, der von 234 auf 150, 140, 136 und schließlich 132 mm sank, und bis heute, nach langer Zeit, ganz langsam auf 198 wieder angestiegen ist. Die Sauerstoffsättigung des Blutes erhebt sich von 50 auf 58, die Kohlensäurespannung von 38 auf 40. Das Minutenvolumen steigt von 4300 auf 6000. Dabei handelt es sich jedenfalls nicht um reine vasomotorische Wirkungen, sondern um Elastizitätsänderungen, wofür auch die Aenderung der Totalkapazität der Lunge, besonders aber der Residualluft und der respiratorischen Mittellage spricht. Der Sauerstoffverbrauch steigt nach Thorium-X-Injektion (intravenös) von 196,5 in einem Versuche auf 219. Desgleichen wird die Kohlensäureproduktion bedeutend vergrößert und es läßt sich sogar ein Anwachsen des respiratorischen Quotienten von 0.7 auf 1.3 nachweisen. Dies erklärt auch die guten Erfolge mit Thorium X bei Adipositas, wobei in 14 Tagen unter Steigerung der Diurese von 500 auf über 3000 ccm eine Gewichtsabnahme um 8 kg erzielt wurde. Sehr interessant ist auch die Beeinflussung der Ausscheidungskurve von Harnsäure und Purinbasen bei Gicht; in einem Falle trat bei einem jahrelang anfallsfrei gebliebenen Manne 4 Stunden nach der Thoriuminjektion ein typischer Gichtanfall auf. Ganz auffallend ist die Beeinflussung des Blutbildes bei der Leukämie und bei Anwendung von kleinen Dosen, bei denen die Reizung die Zerstörung überwiegt, bei der perniziösen Anämie. So wurde bei letzterer innerhalb 4 Tagen ein Anstieg der roten Blutkörperchen von 340 000 auf fast 2 Millionen erzielt. P l e s c h plädiert für die intravenöse und verurteilt die subkutane Injektion, da letztere nekrotische Geschwüre erzeugen kann. Die Darmerscheinungen sind als reine Strahlenwirkungen anzusehen, sie lassen sich daher vermeiden, wenn man bei geeigneter Kost für ausgiebige Stuhlentleerung sorgt. Ein Fall von Sarkom wurde ebenfalls günstig beeinflußt.

Herr **F. Gudzent** (Berlin): **Chemische und biologische Versuche mit Thorium und seinen Zerfallsprodukten.**

Die Resultate der verschiedenen Autoren sind vorläufig wegen der verschiedenen Meßmethodik miteinander nicht direkt vergleichbar; nach dem Rate der Physiker wäre vielleicht die Messung der γ-Strahlen vorzuschlagen. Vortr. hat schon vor zwei Jahren eine Thoriumkompresse bei Pleuritis und Gelenkaffektionen versucht, sowie Thoriumbestrahlungen bei Carcinom und Hautaffektionen, und schon damals eine gewisse Identität zwischen den Radium- und Thoriumwirkungen feststellen können. Der innerlichen Anwendung lag der Plan zugrunde, tastend von kleinen zu mittleren und schließlich zu großen Dosen überzugehen. Benutzt wurden zwei Inhalationsapparate von Dr. K e t h m a n n, von denen einer 500 und einer 9000 Macheeinheiten pro Sekunde lieferte. Es wurde dreimal täglich inhaliert; von 8 Patienten zeigten 6 keine Beeinflussung, 2 Reaktionen und Besserung. Von 10 mit Trinkkuren behandelten Patienten blieben 7 unbeeinflußt, bei zweien trat Reaktion und Besserung auf, bei einem Reaktion ohne Besserung. Von den 7 unbeeinflußten wurde nachträglich Radium bei zweien mit Erfolg verwendet. Fräulein Dr. L ö w y erzielte durch Injektion von kleinen Radiumdosen Leukocytosen bis zu 18 000 Leukocyten mit nebeneinanderhergehender Lymphocytose. Dieselben Effekte erzielten 2,5—5,1 Macheeinheiten im Inhalatorium. Thorium X erzeugte ebenfalls Leukocytosen in kleinen Dosen, dagegen bei mittleren Dosen bis zu 3 Millionen ein schwankendes Blutbild und bei sehr hohen Dosen von 3 Millionen an unter unangenehmen Nebenerscheinungen fortschreitende Leukopenie unter Verringerung der Lymphocyten und Vermehrung der Polynukleären. Die Patientin wurde sehr elend, der Blutdruck ging auf 100 herunter, doch besserte sich endlich ihr Zustand. In diesem Falle haben möglicherweise Verunreinigungen von Radiothor die bedrohlichen Nebenerscheinungen ausgelöst, denn es ließen sich durch künstliche Beimengungen von Radiothor solche kollapsähnliche Zustände hervorrufen. Ein Patient mit Bleigicht bekam nach Verabreichung von 4 Millionen Macheeinheiten unter Herabsetzung des Blutdruckes von 160 auf 125 einen Gichtanfall. Eine Leukosarkomatose wurde einmal mit 4 und einmal mit 2 Millionen Macheeinheiten behandelt und die Leukocyten bis auf 1000 vermindert. Therapeutische Wirkungen sind sowohl mit kleinen als auch mit großen Dosen gesehen worden, bei denen aber die Schädigung so sehr im Vordergrund stand, daß bei der Verwendung von Thorium X noch große Vorsicht geboten erscheint.

Herr **P. Lazarus** (Berlin): **Die experimentellen Grundlagen der Radiumtherapie.**

Bakterienabtötung, Fermentaktivierung, Stoffwechselsteigerung, Zellschädigung und Urikolyse sind nicht spezifisch für die radioaktiven Substanzen, sondern auch die anderen chemisch wirksamen Strahlen, insbesondere die ultravioletten können qualitativ ähnliche biologische Wirkungen entfalten, mögen sie vom Sonnenlicht, der Bogen-Finsen-Quecksilberlampe, der Röntgenröhre oder deren Sekundärstrahlungen entstammen. Die Radiumwirkung ist teils nur vorübergehend, teils wegen der Erforderlichkeit zu großer Dosen nicht anwendbar. Den Abbau von Laktimurat in Laktamurat und weiter in CO_2 und NH_3 durch Radiumemanation konnte Vortr. nicht bestätigen. Sie ist vielmehr ein Zeichen einer bakteriellen Verunreinigung (Schimmelpilze). Die kräftigste Wirkung entfalten die Radiumsalze auf dem Wege der Einspritzung. (Forts. folgt.)

---

41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 10. bis 13. April 1912 zu Berlin.

Bericht von Privatdozent Dr. M. K a t z e n s t e i n (Berlin).

(Fortsetzung.)

Herr **Heile** (Wiesbaden): **Ueber epidurale Einspritzungen bei Ischias scoliotica.**

Vortr. berichtet über acht Fälle von Skoliose der Lendenwirbelsäule mit Reizung des Wurzelgebietes des Nervus ischiadicus. Die Wurzelischias dokumentierte sich in starken Muskelspasmen der langen Rückenmuskeln, in lokaler Druckempfindlichkeit in Höhe des 4. und 5. Lendenwirbels unmittelbar neben der Wirbelsäule und meistens in einem ausgesprochenen Bezirk einer Hauthyperästhesie auch in der Höhe des 4. und 5. Lendenwirbels. Als Folge der Reizerscheinungen des Wurzelgebietes wurde eine veränderte Sensibilität in dem Ausbreitungsbezirk der Nerven an der unteren Extremität beobachtet. Hiernach ließ sich feststellen, welche Wurzel betroffen war. Zur Therapie ist es nötig, die gereizten Nervenwurzeln durch injizierte Flüssigkeit zur Quellung zu bringen. Erfolgreich und ohne Schaden ist das möglich durch Einspritzen von physiologischer Kochsalzlösung. Vortragender benutzte hierzu große Mengen, 100 ccm und mehr, die er teils paravertebral in den gereizten Wurzelbezirk, vor allem aber epidural an die Wurzeln selbst einspritzte. Die bisher übliche epidurale Einspritzung nach C a t h e l i n durch das Foramen sacrale ist weniger erfolgreich, da vom Anfang des Steißbeines bis zum Reizgebiet an der Lendenwirbelsäule die Entfernung zu groß ist, die Injektionsflüssigkeit daher nur allmählich hinaufgetrieben werden kann. Spritzt man durch die Foramina intervertebralia der Lendenwirbelsäule, so kommt man mit der Injektionsnadel direkt an die gereizten Wurzelgebiete, wodurch der Erfolg sicherer ist. Vortragender gibt nähere technische Einzelheiten an, wie man sicher die Foramina und den epiduralen Raum trifft. Er betont, daß auf diese Weise auch Injektionen an höheren Stellen der Wirbelsäule (Brust usw.) möglich sind zur Bekämpfung tabischer Krisen usw. Eine Schädigung sah Vortragender niemals bei mehreren Hunderten von Einspritzungen; sie müssen nur je nach der Schwere des Krankheitsbildes wiederholt werden, um definitive Heilung zu erzielen. In allen Fällen ist mit der Beseitigung des Reizzustandes im Wurzelgebiet die Verbiegung der Wirbelsäule, die stets eine homologe war, völlig zurückgegangen.

D i s k u s s i o n:

Herr **Guleke** (Straßburg) kann über Dauererfolge nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln bei zwei der von ihm operierten fünf Patienten berichten. In einem Falle versagte die Operation trotz Durchschneidung von 5 Wurzeln bei gastri-

schen Krisen vollständig. Patient starb in einer Irrenanstalt; das Präparat zeigt Hinfälligkeit der gegen seine Methode erhobenen Einwände.

Herr **Ranzy** (Wien): An der v. Eiselsberg schen Klinik wurden von 12 nach Förster operierten Fällen 5 gebessert, 4 waren Mißerfolge.

Herr **Franke** (Braunschweig): Die Extraktion der Intercostalnerven samt dem Ganglion, welche sehr langsam ausgeführt werden muß, gab gute Erfolge.

Herr **Borchardt** (Berlin) erinnert an seltene Rückenmarkserkrankungen, die, ohne zu den Tumoren zu gehören, doch dieselben Erscheinungen machen können wie echte Geschwülste.

Er demonstriert ein Präparat, das von einer 60 jährigen Frau stammt, die seit 2 Jahren an Erscheinungen der Querschnittsmyelitis litt, in septisch inoperablem Zustand ins Krankenhaus kam. Die Sektion zeigte eine Phlebektasie und Varicenbildung im Bereich der Vena spinalis ant. und post., aber nur im untersten Dorsal- und Lendenmark. Bei noch strenger lokalisierten Prozessen sind diese Varicen wohl erfolgreich operativ zu behandeln.

Die Pachymeningitis cervicalis hypertrophica (Charcot). In typischen Fällen, wo sich der Prozeß auf das Halsmark beschränkt, könnte man den Versuch einer operativen Besserung in Frage ziehen.

In einem sehr desolaten Falle mit fast völliger Lähmung der oberen, hochgradiger Paralyse der unteren Extremitäten, Tachycardie und hochgradiger Dyspnoe, hat Borchardt einen Eingriff versucht. Resektion des 6. Cervicalwirbels bis hinauf zum Atlas, Lösung der Schwarten vom Rückenmark nach oben und unten, bis Liquorabfluß erzielt wurde, Exzision von Stücken der Dura. Mehr zu machen, verbot der allgemeine Zustand.

Frappanter Erfolg: freie Atmung, Beweglichkeit der oberen Extremitäten, Besserung der unteren Extremitäten.

Nach 2½ Monaten wieder Verschlechterung und Tod an Pneumonie, ehe ein zweiter geplanter, radikalerer Eingriff möglich war.

Borchardt schlägt vor, möglichst radikal die Schwarten zu beseitigen, dann würde es wohl möglich sein, manchen Kranken länger am Leben zu erhalten.

Herr **Schulthess** (Zürich): Bei der Little schen Krankheit verschwinden die Spasmen im erwachsenen Alter von selbst, man muß nur durch orthopädische Maßnahmen die Ausbildung von Kontraktionen verhüten.

Herr **Kappis** (Kiel) ist von der intraduralen zur extraduralen Injektion übergegangen. Er wendet Novocain an. Man könne unter dieser Anästhesie Bauchoperationen ausführen.

Herr **Förster** (Breslau): Die von ihm angewendete Operation wurde 119 mal ausgeführt mit 16 Todesfällen. Kontraindikationen bilden: Epilepsie, progrediente Prozesse, evtl. auch Syphilis, Athetose. Bei dieser hat Küttner auf seine Veranlassung die partielle Durchtrennung von motorischen Wurzeln versucht. Die Resultate bei gastrischen Krisen sind weniger sicher, weil die Krisen zum Teil sympathischen Ursprungs sind und die sympathischen Ganglien aus zahlreichen spinalen Wurzeln ihre Ursprünge beziehen.

Herr **Heile** (Wiesbaden): Eine probatorische extradurale Injektion gäbe Anhaltspunkte für die Aussichten der Wurzeldurchtrennung bei gastrischen Krisen.

Herr **Wilms** (Heidelberg): Die Methode Ranzys ist wegen der schnellen Verbreitung der extradural injizierten Novocainlösung gefährlich. Er verhütet die Verbreitung durch vorherige Injektion einer Kochsalzlösung.

Herr **Lexer** (Jena): 1. **Beiträge zur plastischen Chirurgie.**

Bei dem vorgestellten 32 jährigen Patienten war seit 30 Jahren die ganze rechte Gesichtshälfte durch Verbrühen mit siedendem Oel in häßliche Narbenmassen verwandelt.

Das Fehlen der Augenbrauen, der rechten Schnurrbarthälfte und des Kinnbartes wurde gleichzeitig durch Verwendung eines gestielten Hautlappens, der mit drei behaarten Zipfeln das haartragende Material an Ort und Stelle schaffte, ersetzt. Das Resultat ist ein ausgezeichnetes.

2. **Gefäßplastik.** Bei einem 37 jährigen Manne war durch ein Trauma ein Aneurysma der Arteria poplitea entstanden. Der nach der Entfernung des Aneurysma vorhandene Defekt der Arterie wurde durch ein 12—14 cm langes Stück der Vena saphena vom anderen Bein ersetzt. Der Erfolg war ein guter. Es ist dies der fünfte Fall von Gefäßtransplantation.

Diskussion:

Herr **Dollinger** (Budapest) empfiehlt die Anwendung einer Matratzennaht bei Nasenplastik.

Herr **Nordmann** (Schöneberg) hat in drei Fällen von Facialisparese statt der Nervenpropfung die Lexer sche Muskelplastik ausgeführt. Im ersten Falle wurde ein Lappen des M. temporalis wegen Lagophthalmus, im zweiten Falle der M. masseter und im dritten Falle ein Lappen beider Muskeln benutzt. Das funktionelle Resultat ist in allen drei Fällen ein sehr gutes.

Herr **Henle** (Dortmund) hält in den meisten Fällen von Aneurysma der Poplitea die Ligatur für ausreichend, indem er sich während der Operation davon überzeugt, daß genügend Collateralbahnen vorhanden sind. Es geschieht das in der Weise, daß nach Entfernung des Aneurysmasackes das periphere Schnittende der Arterie geöffnet wird. Sind ausreichend Collateralen vorhanden, so fließt aus dem geöffneten peripheren Ende reichlich Blut aus. In einem Falle war dies nicht der Fall, und es wurde daher eine Venentransplantation zwecks Erhaltung des Gefäßes ausgeführt. Eine partielle Gangrän konnte jedoch auch hierdurch nicht verhütet werden.

Herr **Kocher** (Bern): **Das Blutbild bei Kachexia thyreopriva.**

Bericht über die Blutuntersuchung bei 155 Fällen von Myxödem. Auffallenderweise stimmt das Blutbild bei dieser Erkrankung genau überein mit dem beim Basedow. Vermehrung der Lymphocyten (sie fehlte in 9 Fällen), Verminderung der Leukocyten (sie fehlte in 26 Fällen). Während aber beim Basedow die Blutgerinnung verzögert ist, ist sie beim Myxödem erhöht. Bei gewöhnlichen Strumen ist das Blutbild normal. Ist also eine Veränderung des Blutes vorhanden, dann stets im Sinne des Myxödems. Behandelt man Fälle von Myxödem mit Schilddrüsenpräparaten, so wird nicht nur der Allgemeinzustand besser, sondern auch das Blutbild normal. Anders beim Basedow. Bei ihm wird durch Behandlung mit Schilddrüsenpräparaten das Blutbild noch schlechter, die Blutgerinnung erfolgt langsamer, die Zahl der Lymphocyten nimmt zu, die der Leukocyten nimmt ab. Damit ist ein weiterer Beweis gegeben, daß es sich beim Myxödem um eine Hypothyreosis, beim Basedow um eine Hyperthyreosis handelt.

Die Basedowdiagnose ist bei wenig ausgeprägten Fällen deshalb so schwierig, weil bei dieser Erkrankung auch andere Drüsen mit innerer Sekretion beteiligt sind.

Diskussion:

Herr **Bayer** (Bonn) bestätigt die Untersuchungen von Klose, indem er durch intravenöse Injektion von Jodkali, von Struma- und Basedow-Strumapreßsaft beim Hunde ein basedowähnliches Blutbild hervorrief. Auch durch Ueberpflanzung von Thymus war er imstande, ein solches verändertes Blutbild zu erzielen.

Herr **Kocher jun.** (Bern) berichtet über histologische Untersuchungen innerer Organe von vier Basedowfällen. Im ersten war klinisch eine alimentäre Glykosurie beobachtet worden, und es wurden bei ihm histologisch im Pankreas schwere Veränderungen der Langerhans schen Zellen beobachtet. In allen vier Fällen war in den Nebennieren eine Atrophie der Marksubstanz bei einer Vergrößerung und Hypertrophie der chromaffinen Zellen nachweisbar. Die Thymus war zweimal vergrößert, einmal zeigten sich normale Reste, einmal fehlte sie ganz. In diesem letzten Fall waren die Veränderungen des Blutbildes am stärksten ausgeprägt. In dem Fall von Thymusrest war der Blutbefund normal, und in den beiden Fällen von vergrößerter Thymus war das Blutbild das bei Basedow übliche. In einem Falle waren die Ovarien atrophisch. Diese Drüsenveränderungen bei Basedow sind als sekundäre Erscheinungen, im Gegensatz zur primären Erkrankung der Schilddrüse, aufzufassen.

Herr **Meisel** (Konstanz) hat bei Fällen von Myxödem Veränderungen des Hautpigmentes beobachtet, und zwar fehlte an manchen Stellen das Pigment, während es an anderen Stellen stark gehäuft war. Diese Beobachtung weist auf die Mitbeteiligung der Nebenniere beim Basedow hin.

Herr **Frangenheim** (Königsberg) demonstriert einen Patienten, bei dem wegen gutartiger Verengerung des Oesophagus ein plastischer Ersatz nach Roux gemacht worden ist. Eine Jejunumschlinge wird hierbei unter die Haut der vorderen Thoraxwand gebracht. Ihr unteres Ende wird mit dem Magen, ihr oberes mit dem Oesophagus vereinigt. Funktionelles Resultat sehr gut.

Herr **Lexer** (Jena) teilt mit, daß es der Frau, die er im vorigen Jahre mit derselben Plastik vorgestellt hat, dauernd sehr gut geht.

Herr **Cloëtta** (Zürich): **Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Lungenzirkulation und ihre Bedeutung für die intrathorakale Chirurgie.**

Die Auffassung der besseren Durchblutung der Inspirationslunge bildete die Grundlage der Physiologie und der therapeutischen Maßnahmen gegen die Lungentuberkulose. Auf Grund von Erwägungen aus der Thoraxpathologie ist der Vortragende veranlaßt worden, diese ganze Frage experimentell neu zu untersuchen. An Hand von Lungenplethysmogrammen und anderen Kurven zeigt er, wie die Exspirationslunge an sich besser durchblutet ist. Diese Feststellung hat chirurgische Bedeutung mit Rücksicht auf die Blutung bei Verletzungen der Lungen und des rechten Ventrikels. Besondere Beachtung hat Cloëtta der Beurteilung des Druckdifferenzverfahrens gewidmet. Entgegen der jetzt herrschenden Ansicht, daß Ueber- und Unterdruck physiologisch gleichwertig seien, demonstriert er an Hand von kombinierten Druckmessungen im rechten Ventrikel, Arteria pulmonalis und Carotis, daß es erstens zur Erzielung der gleichen Lungenblähung ein Drittel weniger Kraft beim Unterdruck braucht, und daß zweitens die Zirkulation beim Ueberdruck stärker geschädigt wird. Beim Unter-

druck erfolgt die Blähung der Lunge durch elastischen Zug von außen, beim Ueberdruck durch Druckzunahme im Lungengewebe. Letztere bedingt die Zirkulationsschädigung. Die gesetzte Störung schädigt den rechten Ventrikel; bei kranken Menschen und langdauernden Eingriffen ist daher das Unterdruckverfahren vorzuziehen.

Die günstigen Resultate des Pneumothorax und der Thorakoplastik bei Lungentuberkulose beruhen auf der besseren Durchblutung der Lunge. Bei der Thorakoplastik ist dieser günstige Zustand vollkommener und konstanter, beim Pneumothorax dürfen nur geringe Drucke angewendet werden, höhere schädigen die Lungenzirkulation.

Herr **W. Kausch: Die Freundsche Operation bei Lungenspitzentuberkulose.**

Bisher sind neun Fälle der Chondrotomie an der ersten Rippe unterzogen worden, fünf davon hat Kausch operiert, je zwei Seidel und E. Bircher. In zwei von Kauschs Fällen reichte die Erkrankung über die zweite Rippe hinaus nach unten; in ihnen wurde durch die Operation nur vorübergehende Besserung erzielt. Die anderen drei Fälle wurden sämtlich sehr gebessert bezw. geheilt und leben heute noch, drei und vier Jahre nach der Operation. Seidel und Bircher sind mit den Resultaten ihrer Fälle auch zufrieden.

Es läßt sich heute noch kein bestimmtes Urteil über den Wert der Operation abgeben; dies kann erst geschehen, wenn wir über mehr Fälle verfügen. Heute läßt sich aber bereits folgendes sagen: Die Operation ist ein ungefährlicher Eingriff. Die Lungenerkrankung wird durch die Mobilisation der Rippe nicht verschlechtert, sondern gebessert. Es dürfen nur Fälle operiert werden, in denen die Erkrankung nicht tiefer als bis zur zweiten Rippe reicht. Keinesfalls läßt sich die Operation, wie dies bisher meist geschah, aus theoretischen Gründen ablehnen. (Forts. folgt.)

Der 33. Balneologen-Kongress in Berlin

vom 7. bis 11. März 1912.

Vorsitzender: Geheimrat Prof. Dr. Brieger.

Referent: Dr. Max Hirsch (Bad Salzschlirf).

(Schluß).

Herr **Schulhof** (Héviz in Ungarn) setzte den **Einfluß von mäßig warmen Thermalkuren auf Blutungen auseinander.** Er ist der Ansicht, daß eine Gefahr pathologischer Blutungen bei Thermalbädern von 35° nicht besteht. Unmittelbar nach dem Eintritt in ein heißes Bad stellt sich eine Kontraktur der peripheren Gefäße ein, die eine Rückstauungshyperämie der zentral liegenden Organe und Blutdrucksteigerung erzeugt. Erst nach einigen Minuten kommt es zu einer Erweiterung der peripheren Gefäße. Diese ersten Minuten können überall dort, wo eine Blutdrucksteigerung und eine Blutung innerer Organe gefährlich werden kann, kritisch sein. Bei mäßig warmen Bädern und der allmählich eintretenden Wirkung der hautreizenden Faktoren der Thermalbäder fehlt diese intensive Gefäßkontraktur, so daß dieser kritische Moment wegfällt.

Das Gebiet der reinen **Balneologie** umfaßten folgende zwei Vorträge.

Herr **Schütze** (Kösen) sprach über den Kalkgehalt der Mineralquellen. Nachdem er eingehend auf die älteren Theorien über das Wesen und die physiologische Wirkung der kalkhaltigen Mineralwässer gesprochen, suchte er an der Hand der neuesten Arbeiten über diesen Gegenstand dem Kalk die ihm gebührende Rolle in der Therapie einzuräumen. Wertvolle Untersuchungen haben ihn zu dem Schluß veranlaßt, daß in den Solbädern nicht nur der Gehalt an Kochsalz therapeutisch wichtig ist, sondern daß die Wirkung des Kochsalzes durch den all diesen Wässern beigemischten Kalk wesentlich unterstützt würde. Besonders gut kann der Kalk in den Trockeninhalatorien, wie sie in mustergültiger Weise in Kösen angelegt sind, seine Wirkung entfalten.

Herr **Krieg** (Baden-Baden) hielt einen bedeutsamen Vortrag über Colloide und Mineralquellen. Colloide können in den Mineralquellen nur durch ihre katalytische Wirkung nachgewiesen werden. Wichtig ist dabei, daß die Colloide nur in alkalischen Wässern wirksam sind. Nichtalkalische Wässer müssen für das Studium dieser Frage erst alkalisch gemacht werden. Bei den alkalischen Mineralquellen zeigt sich, daß sofort nach Entnahme des Wassers eine katalytische Wirkung eintritt, die aber bald wieder schwindet und beim Kochen wiederkehrt. Radioaktive Wässer zeigen, daß das Entweichen der Emanation auch eine Ausfällung der Colloide zur Folge hat. Der Nachweis der Colloide in den Mineralquellen hat ebenso wie das Studium der Ionisierung und der Dissoziation das Verständnis für die Wirkung vieler Heilquellen wesentlich gefördert. Denn vielfach erklären die Colloide die Wirkung von Mineralquellen, wo die Wirkung durch die Mineralsalze nicht erklärt werden kann.

Eine größere Reihe von Vorträgen umfaßte das Gebiet der **physikalischen Therapie.**

Zunächst demonstrierte Herr **Determann** (St. Blasien) ein von ihm angegebenes Kopflichtbad, das außerordentlich leicht ist und sehr bequem sitzt. Es empfiehlt sich bei allen Fällen von Blutleere im Gehirn, wie Migräne, gewissen Formen von Kopfschmerzen, Seekrankheit, Neuralgien, rheumatischen Beschwerden am Kopf, bei verschiedenen akuten Infektionen, wie Mittelohrentzündung, Schnupfen etc. Die Kontraindikationen sind scharf zu beachten.

Herr **A. Laqueur** (Berlin) sprach über die Thermopenetration, deren Wirkung in einer Erwärmung tieferliegender Organe des Körpers besteht. Sie soll nach den Erfahrungen des Vortr. und nach den Angaben der Literatur bei einer großen Reihe von Gelenkaffektionen, bei gynäkologischen Erkrankungen, Gallensteinen, Rückenmarksaffektionen u. a. m. schmerzstillend wirken. In der Chirurgie hat sie zur Zerstörung von Geschwulstpartien Verwendung gefunden.

Herr **F. Meyer** (Kissingen) berichtet über den Einfluß gesteigerter Marschleistungen auf die Körperentwicklung in den Pubertätsjahren schwächlicher Kinder. Die sechstägigen Wanderungen der Gemeindeschulkinder Berlins haben eine starke Förderung der körperlichen Entwicklung und Gewichtszunahmen bis zu 13 Pfd. gezeigt. Vortr. hält es für wünschenswert, die Beobachtungen fortzusetzen und Stoffwechselversuche anzustellen, um dabei auch die Ernährungsfrage zu studieren. In der Diskussion wenden sich die Herren **Beerwald** (Altheide), **Jacob** (Kudowa) und **Hirsch** (Salzschlirf) gegen die Ueberschätzung der Gewichtszunahme.

Herr **Beerwald** (Altheide) demonstriert eine von ihm angegebene wertvolle Verbesserung des Sahlischen Hämatometers.

Eine sehr lebhafte Aufmerksamkeit erweckten die Vorträge über das **Radium** und seine Bedeutung für die Kurorte.

Zunächst gab Herr **Fürstenberg** (Berlin) einen Ueberblick über die Fortschritte auf dem Gebiete der Radiumbehandlung. Wenn auch sehr viele und wichtige Fragen auf diesem Gebiete noch nicht geklärt sind, so ist doch trotz zahlreicher Kontroversen manches Neue geleistet worden. Bedeutend sind namentlich die biologischen Forschungen von O. Hertwig über die Wirkung des Radiums auf die Zelle. Vortr. tritt sehr dafür ein, dem Radium nicht irgendeine Sonderstellung in der Therapie einzuräumen, sondern es unter keinem anderen Gesichtspunkte anzusehen als alle anderen therapeutischen Faktoren. In vielen Fällen von Gicht und Rheumatismus hat es sicherlich gute Dienste geleistet, ebenso in der Bekämpfung der Schlaflosigkeit.

Herr **Kemen** (Kreuznach) teilte Untersuchungen über die Radiumwirkung mit. Die von Gudzent angegebene Anreicherung des Blutes an Emanation konnte er nicht bestätigen. Er spricht sich ganz entschieden gegen den Wert des Emanatoriums aus und zieht die Trinkkur vor. Seine Versuche zeigten, daß schon 15 Minuten nach dem Verlassen des Emanatoriums im Blute keine Emanation nachzuweisen war. Dagegen konnte man nach einer einmaligen Trinkdosis noch 2½—3 Stunden lang die Emanation im Blute feststellen.

Herr **Sticker** (Berlin) sprach über die Anwendung des Radiums in der Chirurgie, wo es bei inoperablen Tumoren und Hautkrebs eine Rolle spielt.

Herr **Paul Lazarus** (Berlin) hielt einen Vortrag über Radiumemanation und Brunnengeist. An einem eklatanten Beispiel zeigte er, daß in den Wildbädern die Bedeutung des Radiums überschätzt würde. In Gastein beziehen drei Badeanstalten in verschiedenen Orten das Wasser aus einer und derselben Quelle. Diese Orte liegen so weit voneinander entfernt, daß der der Quelle zunächst liegende Ort das an Emanation sehr reiche Wasser erhält, während der entfernteste Ort schon ein Wasser bekommt, das die Emanation vollständig verloren hat. Nun ist nach dem Urteil erfahrenster Gasteiner Aerzte die Wirkung der drei Badeanstalten die gleiche. Das zeigt doch zur Evidenz, daß in Gastein nicht das Radium das wirksame Prinzip sein kann. In der ganzen Radiumtherapie herrschen noch sehr viele unsichere Begriffe und Behauptungen vor. Besonders ist Vortr. der Ansicht, daß die Lehre von der Emanation auf ganz falschen Grundlagen aufgebaut ist. Es sei geradezu unverantwortlich, so große Summen für Emanatorien zu investieren. Aber noch ungeheuerlicher sei es, zu sagen, daß die Emanatorien die Badeorte ersetzen könnten, da ja das Radium das Wichtigste in den Heilquellen sei. Das Radium als den längst begrabenen Brunnengeist anzusprechen, sei verwerflich, da doch der Brunnengeist nur der Geist der Badeärzte sei, die gelehrt haben, die natürlichen Heilfaktoren der Kurorte richtig anzuwenden.

Bei den diametral gegenüberstehenden Ansichten über den Wert der Trink- und der Emanationsbehandlung schlug Herr **Kemen** (Kreuznach) vor, die Balneologische Gesellschaft möchte an das Radiumforschungsinstitut in Heidelberg mit der Bitte um Nachprüfung dieser Frage herantreten. Der Vorstand beschloß in diesem Sinne, aber unter der Modifikation, noch das Urteil einer zweiten Prüfungsstelle zu hören.

Im Anschluß an den Kongreß fand ein Vortrag von Herrn **Lindemann** (Berlin) über **Helgoland, seine Geschichte und Be-**

deutung statt, wozu die Gesellschaft „Urania" in dankenswerter Weise die Mitglieder der Balneologischen Gesellschaft und deren Damen eingeladen hatte.

Der nächste Balneologenkongreß soll im Anschluß an den Internationalen Kongreß für Physiotherapie wieder in Berlin tagen und zwar im April 1913.

IV. Bücherschau.

Atlas typischer Röntgenbilder vom normalen Menschen. Von Prof. Dr. med. **Rudolf Grashey.** 2., bedeutend erweiterte Auflage mit 207 Tafelbildern in Originalgröße und 201 Textabbildungen. München 1912, J. F. Lehmann. Pr. 20 M.

Von der Erkenntnis ausgehend, daß, wenn man sich vor röntgenologischen Irrtümern schützen will, man vor allem die typischen Bilder des normalen Skeletts im Röntgenbilde genau kennen muß, hat Verf. vor sieben Jahren diesen Atlas zusammengestellt. Freilich hat er sich nicht nur auf die Zusammenstellung der Bilder und ihre Erklärung beschränkt, sondern er hat ihnen einen recht ausführlichen einleitenden Text vorangestellt, in welchem in guter Darstellung alles Wesentliche über Röntgenstrahlen, Instrumentarium, Aufnahmetechnik, sowie über die wesentlichen Faktoren, welche bei der Deutung der Röntgenbilder wirksam sind, gesagt wird. In einem besonderen Kapitel werden Winke für die Vorbedingungen einer erfolgreichen Aufnahme der wichtigsten knöchernen und sonstigen Körperteile, insbesondere gewisser inneren Organe gegeben. Hieran reiht sich der eigentliche Atlas, in welchem auf 120 Blättern in Autotypie, mit erklärendem Text und orientierenden Skizzen 207 Röntgenbilder (gegenüber 97 der ersten Auflage!) dargestellt sind. Unter den letzteren verdienen die besonders gut gelungenen Pyelogramme, sowie einzelne Uebersichtsbilder des Schädels hervorgehoben zu werden. In Anbetracht des überreichen Inhaltes und der verschwenderischen Ausstattung des Atlas ist sein Preis überaus mäßig zu nennen. H. L.

Kurzgefaßtes Lehrbuch und Atlas der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. Von Dr. **L. Grünwald** (München). Teil II: Atlas. Mit 57 vielfarbigen Tafeln, enthaltend 104 makroskopische und 37 histologische Abbildungen. München 1912, J. F. Lehmann.

Der vorliegende Atlas enthält fast ausschließlich Bilder, deren technische Herstellung und sachliche Auswahl das höchste Lob verdienen. Die makroskopischen Bilder stellen durchweg typische Krankheitsbilder dar von häufig frappierender Natürlichkeit. Aber auch die histologischen lassen an Feinheit der Zeichnung und Lebhaftigkeit des Kolorits nichts zu wünschen übrig. Nicht nur den Laryngologen, sondern auch den allgemein praktizierenden Aerzten ist das Studium des wertvollen Werkes aufs eindringlichste zu empfehlen. —n.

Grundriß der Biochemie für Studierende und Aerzte. Von Prof. Dr. **C. Oppenheimer.** Leipzig 1912, Georg Thieme. 399 S.

Das schnelle Anwachsen der auf dem Boden der modernen Chemie, Biologie und verwandter Wissenschaften ermittelten Tatsachen macht es dem praktischen Arzte ungemein schwer, ja häufig unmöglich, den Dingen zu folgen. Trotzdem ist dies dringend notwendig, da eine große Reihe diagnostischer und therapeutischer Methoden, wenn anders man sie in der Praxis mit Erfolg anwenden will, eine mindestens oberflächliche Kenntnis der wissenschaftlichen Grundlagen zur Voraussetzung haben. Zweck des vorliegenden Kompendiums, welches von einer unserer berufensten jüngeren Autoritäten auf diesem Gebiete verfaßt wurde, ist, hier helfend und ergänzend einzuspringen. Freilich können im Rahmen eines verhältnismäßig kleinen Abrisses nur die wichtigsten Tatsachen dieses ungeheuren Wissensgebietes mitgeteilt werden. Aber, dies kann Referent auf Grund der Durchsicht des Werkes ehrlich behaupten, die Auswahl ist von Verf. in so umsichtiger und gründlicher Weise getroffen worden, die Darstellung bei aller Kürze so klar und präzis, daß jeder auch auf diesem Gebiete bisher unbewanderte Arzt, soweit dies aus einem Buche überhaupt möglich ist, das nötige Verständnis für die wichtigsten Tatsachen der Biochemie finden und auch sicher weitere Anregung für das Gebiet schöpfen wird. Der Inhalt des Buches ist so angeordnet, daß im ersten systematischen Teil die für die Biochemie in Betracht kommenden Verbindungen, die ja größtenteils von der sogen. physiologischen Chemie her bekannt sind, in aller Kürze charakterisiert werden. Besonders wichtig unter ihnen ist das vortrefflich dargestellte Kapitel über die Fermente und Antigene resp. Antikörper. Der zweite Abschnitt, der „analytisch-physiologische Teil", beschäftigt sich mit einer kurzen Uebersicht über den Stoffwechsel der Se- und Exkretion, der verschiedenen Funktionen der einzelnen Organe, unter denen besonders die neuerdings genauer verfolgte innere Sekretion und Hormonbildung hervorgehoben zu werden verdienen. Ref. kann den Kollegen das Studium dieses vortrefflichen Buches aufs allerdringendste empfehlen. H. L.

Die chemische und mikroskopische Untersuchung des Harns. Bearbeitet von Prof. Dr. **Ed. Spaeth.** 4., neubearbeitete Auflage. Leipzig 1912, Johann Ambrosius Barth.

Referent hat bereits mehrfach die angenehme Pflicht gehabt, auf die Vorzüge des Spaethschen Lehrbuches der Harnanalyse in dieser Zeitschrift hinzuweisen. Die neue, bereits 4. Auflage beweist, daß der Verf. nicht auf seinen Lorbeeren ausgeruht hat. Sie berücksichtigt trotz der großen Menge der inzwischen neu erschienenen Arbeiten alle irgendwie in Betracht kommenden aufs gewissenhafteste, ohne daß deshalb Verf. vor einer objektiven Kritik zurückscheut. Gerade daß diese letztere nie außer acht gelassen wird, erhöht den Wert der Darstellung und erhebt sie über das Niveau minderwertiger Sammelreferate. H. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Berlin. Bei der Beratung des Medizinaletats, die kürzlich im preußischen Herrenhause stattfand, wurden u. a. auch die Fragen des **praktischen Jahres** und des **Krankenkassenwesens** gestreift. Bezüglich der ersteren machte Ministerialdirektor Kirchner die Mitteilung, daß demnächst im Reichsamt des Innern eingehende Beratungen und Verhandlungen über die Reform des „Annus practicus" stattfinden würden, während sich über die zweite Materie Unterstaatssekretär Holtz äußerte. Er deutete an, daß diese Fragen im preußischen Ministerium des Innern mit größter Aufmerksamkeit verfolgt würden, wobei er den Leipziger Verband in einer Weise erwähnte, die sehr erfreulich mit dem Ton kontrastierte, in dem Regierungsvertreter früher von der ärztlichen Organisation zu sprechen pflegten. Man beginnt eben jetzt auch in offiziellen Kreisen einzusehen, daß der aus eigener Initiative der Aerzte zum Zwecke der Selbsthilfe gegründete Verband als die berufene Vertretung der deutschen Aerzteschaft in wirtschaftlichen Dingen gewertet werden muß und daß grundlegende Neuerungen auf diesem Gebiete ohne seine Mitwirkung nicht zustandekommen können. — Tatsächlich haben kürzlich Beratungen über gewisse Fragen der Reichsversicherungsordnung in der preußischen Medizinalabteilung unter Zuziehung von Vorstandsmitgliedern des Leipziger Verbandes stattgefunden.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Der Nachfolger des verstorbenen Geheimrat Aschenborn in der Medizinalabteilung des Ministeriums des Innern Sanitätsrat Dr. Heyl ist zum Geheimen Medizinalrat ernannt worden.

— Es haben sich habilitiert: Dr. Gröber für Pharmakologie, Dr. E. Martin für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. W. Meissner und Prof. Dr. A. Brückner — letzterer bisher unter Prof. Krückmann in Königsberg, mit diesem nach Berlin übergesiedelt — für Augenheilkunde.

Breslau. Dr. O. Bondy und Dr. F. Heimann haben sich für Geburtshilfe und Gynäkologie habilitiert.

Königsberg i. Pr. Prof. Dr. Ludwig Lichtheim, Ordinarius für innere Medizin und Direktor der medizinischen Klinik, gedenkt nach nahezu 25 jähriger Wirksamkeit mit Schluß des Sommersemesters von seinem Lehramte zurückzutreten und nach Bern überzusiedeln, wo er bereits seit längerer Zeit ein eigenes Heim besitzt und vor seiner Berufung nach Königsberg als Kliniker wirkte.

München. Prof. Dr. Hermann Dürck, der kurze Zeit das Ordinariat der pathologischen Anatomie in Jena bekleidete, darauf aber wieder hierher zurückkehrte, um an einem hiesigen Krankenhause eine Prosektur zu übernehmen, wird nach Rio de Janeiro übersiedeln, wo ihm die Leitung des pathologischen Instituts übertragen worden ist.

Wien. Im Alter von 50 Jahren ist hierselbst der Privatdozent der Augenheilkunde Dr. Karl Kunn gestorben. Er war ein Schüler der Ophthalmologen Fuchs und Schnabel und seit 1898 habilitiert. Wissenschaftlich hat er sich hauptsächlich auf dem Grenzgebiete zwischen Ophthalmologie und Neurologie betätigt. Außerdem ist er publizistisch als Redakteur der „Wiener klin. Rundschau" hervorgetreten.

Kairo. Im 41. Lebensjahre starb hierselbst der arabische Scheich Dr. Hamed Waly, früher Lektor der arabischen Sprache am orientalischen Seminar zu Berlin, der erst vor zwei Jahren als erster Araber in Berlin den medizinischen Doktorgrad erworben hatte und seitdem als Sanitätsinspektor der ägyptischen Regierung in Kairo wirkte.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Im Januar d. J. war ein Komitee zusammengetreten, um eine systematische **Tuberkulosefürsorge für den Mittelstand** in die Wege zu leiten. Dieses Komitee ist neuerdings dem „Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose" angegliedert worden, das in dieser Angelegenheit in der vorigen Woche im Reichstagsgebäude eine Sitzung abhielt. In dieser Sitzung machte zunächst der Generalsekretär des Zentralkomitees Oberstabsarzt a. D. Prof. Dr. Nietner von dieser Neuordnung Mitteilung. Außer ihm und dem Vorsitzenden des Zentralkomitees Staatsminister v. Podbielski wurden in den Vorstand der Kommission gewählt der kaufmännische Verbandssekretär Götze, ferner als Schatzmeister Paul v. Mendelssohn-Bartholdy und als Schriftführer Reg.-Rat Bergemann (Stettin). Nachdem dieser seinen Bericht erstattet und die zunächst zu ergreifenden Maßnahmen erörtert hatte, sprachen zu diesen vornehmlich Staatsminister v. Möller, Ministerialdirektor Kirchner, Geh. Rat Pütter, Ministerialdirektor Just. Man kam überein, in der Hauptsache nach zwei Richtungen wirken zu wollen, einmal therapeutisch, vor allem auf dem Wege der Lungenheilstätten, sodann prophylaktisch-fürsorgerisch, und man einigte sich zugleich dahin, daß dieser Zweig den schon bestehenden Fürsorgestellen für Tuberkulöse zuzuweisen sei. Die Heilstättenfrage für den Mittelstand, die bisher an der Schwierigkeit der Aufbringung der Pflegegebühren krankte, tritt durch die neue Privatbeamtenversicherung in ein neues Stadium, da binnen kurzem wenigstens für den dieser Versicherung eingegliederten Teil des Mittelstandes die nötigen Gelder verfügbar werden. Demgemäß hat der „Volksheilstättenverein vom Roten Kreuz" eine neue Abteilung gebildet, die den Bau einer Musterheilstätte für den Mittelstand in Angriff genommen hat. Gleichzeitig finden Erhebungen statt über die in Privatanstalten verfügbaren Betten. Es ist nun damit zu rechnen, daß die Ausdehnung der Fürsorge auf eine Mittelstandsgruppe auch in den anderen das längst vorhandene Bedürfnis nach Versorgung fühlbar werden läßt. Demgemäß sind sämtliche Verbände, von deren Bestehen die Kommission Kenntnis hatte, zur Mitarbeit herangezogen worden und haben sich zu dieser mit Freuden bereiterklärt. Man hofft schon in nächster Zeit eine lebhaftere Propaganda entfalten zu können und bittet zu diesem Zweck, daß alle bisher hierzu noch nicht aufgeforderten Organisationen des Mittelstandes sich an das Bureau des Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin W. 9, Königin Augustastr. 11, wenden mögen.

Homburg. Auf Anregung des Herrn Dr. Curt Pariser hat sich am 27. Mai hierselbst eine freie **Vereinigung von Aerzten für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten** konstituiert. Es wurde darauf debattelos die Abhaltung von jährlich wiederkehrenden Tagungen beschlossen. In den ersten Vorstand wurden gewählt die Herren Ewald (Berlin), Schmidt (Halle), Boas (Berlin), Weintraud (Wiesbaden), Stark (Karlsruhe), Pariser (Homburg). Die erste wissenschaftliche Tagung soll in zeitlicher Angliederung an die Naturforscherversammlung im September in Homburg stattfinden. Sie soll von zweitägiger Dauer sein und zwei Referate bringen, eines aus dem Gebiete der Stoffwechselpathologie, eines aus dem Gebiete der Verdauungskrankheiten. Die konstituierende Versammlung war von 70 Kollegen aus allen Teilen Deutschlands besucht.

Rom. In der Sitzung der **„Internationalen Vereinigung der medizinischen Fachpresse"**, die am 13. April hierselbst in der Engelsburg abgehalten wurde, wurden einige Anregungen von allgemeinem Interesse gegeben. Blondel (Paris) sprach über die Schaffung einer einheitlichen internationalen Nomenklatur der medizinischen Fachausdrücke (Bezeichnungen für Krankheiten, Operationen, Untersuchungsmethoden usw.). Zur Behandlung dieser Frage sollen zunächst von den nationalen Preßvereinigungen Kommissionen eingesetzt werden. Der Vortragende wird die Sache weiter bearbeiten und sich mit den Vereinigungen der verschiedenen Länder in Verbindung setzen, damit der Plan bereits auf dem nächstjährigen Londoner Kongreß eine greifbare Gestalt erhalten kann. Ueber einen ähnlichen Gegenstand, die Einführung anerkannter Abkürzungen für das Zitieren der einzelnen Zeitschriften, berichtete Prof. R. Lennhoff (Berlin) für den eigentlichen Urheber der Idee, Herrn San.-Rat Dr. Joachim (Berlin). Diese Angelegenheit wird auf dem Londoner Kongreß vermutlich schon zum Abschluß gebracht werden.

Gerichtliches.

Tilsit. Der ehemalige Seminarist v. D., der unter der litauischen Bevölkerung der hiesigen Gegend umherzog und Menschen und Vieh durch allerhand Hokuspokus heilen zu können vorgab, wurde von der hiesigen Strafkammer wegen **Betruges** und anderer im Zusammenhang mit seiner Kurpfuscherei begangener Delikte zu 6 Monaten Gefängnis und 6 Wochen Haft verurteilt.

Rosenberg. Ein herumziehender Heilkünstler, der ein wertloses Oel unter der Bezeichnung „Hamburger Lebensöl" oder „Hamburger Jungfrauenöl" zu teuren Preisen vertrieb, wurde vom hiesigen Schöffengericht wegen **Betruges** zu 9 Monaten Gefängnis verurteilt.

Saarbrücken. Wegen **fahrlässiger Tötung** einer Patientin hatte sich vor der hiesigen Strafkammer ein Arzt zu verantworten, der kurz hintereinander einer Frau zwei Kokaineinspritzungen gegeben hatte, nachdem die erste Maximaldosis von 0,05 g ohne Wirkung geblieben war. Die Frau war dann kurze Zeit nach der zweiten Einspritzung an Kokainvergiftung gestorben. Der Arzt machte zu seiner Verteidigung geltend, daß man in medizinischen Kreisen über die Wirkung des Kokains nicht einig sei, was auch daraus hervorgehe, daß z. B. in Oesterreich die Maximaldosis 0,1 g betrage, also doppelt so viel wie in Deutschland. (War nur früher der Fall. Red.) Die Gutachten der Sachverständigen gingen auseinander. Das Gericht hielt die fahrlässige Tötung für erwiesen; es billigte jedoch dem Angeklagten in weitestem Maße mildernde Umstände zu und verurteilte ihn zu 14 Tagen Gefängnis. Für den Verurteilten soll übrigens ein Gnadengesuch eingereicht werden.

Hamburg. Ueber einen **ärztlichen Honorarprozeß**, der im Vorjahre hiesige Gerichte beschäftigte, berichtet die „Berl. Aerzte-Korrespondenz". Es handelte sich dabei um die Frage der Honorarpflichtigkeit eines etwas verspätet gemachten ärztlichen Besuches. Ein Hamburger Arzt war zur Behandlung eines kranken Kindes in seiner Abwesenheit „bis spätestens 8 Uhr abends" bestellt worden. Das die Bestellung annehmende Dienstmädchen sagte auch das Erscheinen des Arztes bis zu dieser Zeit zu. Der Arzt konnte den Besuch aber erst um 9½ Uhr absolvieren und wurde infolgedessen von den Eltern des erkrankten Kindes, das bereits schlief, wieder zurückgeschickt und ihm auch das Besuchshonorar verweigert, da er verpflichtet gewesen sei, bis spätestens 8 Uhr zu kommen. Der Arzt klagte, wurde aber von der ersten Instanz, dem Amtsgericht, abgewiesen, während das Landgericht als Berufungsinstanz den Honoraranspruch als berechtigt anerkannte. Aus dem a. a. O. in extenso wiedergegebenen Urteil heben wir folgende Stelle von grundsätzlicher Bedeutung hervor: „Die Eigenart des ärztlichen Berufes verbietet es auch, daß dritte Personen über die Zeit der Arbeitstätigkeit eines Arztes disponieren können. Ein Besuch bei einem Patienten kann sich länger hinziehen, als der Arzt erwartet hat und als ihm selbst im Interesse seiner anderweitigen Praxis lieb ist. Das weiß jedermann. Will eine Person den Besuch eines Arztes zu einer festgesetzten Stunde oder bis zu einer bestimmten Zeit haben, so muß sie dies ausdrücklich mit dem Bemerken erklären, daß sie sonst auf die Dienste des Arztes verzichte und die Hilfe eines anderen in Anspruch nehmen werde. Andernfalls muß der zuerst angenommene Arzt der Meinung sein, daß seine Dienste immer noch willkommen seien und auch noch beansprucht würden."

Leipzig. In einem Rechtsstreit über einen **Krankenkassen-Anstellungsvertrag** zwischen einer Krankenkasse und ihren Aerzten hat kürzlich das Reichsgericht eine Entscheidung von prinzipieller Bedeutung gefällt, worüber wir der „Pharmaz. Ztg." nachstehendes entnehmen:

Eine Anzahl gegen festes Gehalt bei einer rheinischen Ortskrankenkasse angestellter Aerzte (sogenannte beamtete Kassenärzte) hatte ihren Anstellungsvertrag angefochten, weil er gegen die guten Sitten verstoße und deshalb nichtig sei. Die Aerzte erblickten die Sittenwidrigkeit darin, daß durch die Verträge ein Abhängigkeitsverhältnis der Aerzte von der Verwaltung der Krankenkasse geschaffen worden sei, welches mit dem Aerzteberuf unvereinbar und des ärztlichen Standes unwürdig sei. Nach § 7 des Vertrages unterliegt nämlich die Tätigkeit der Aerzte für die Kasse, insbesondere die Abhaltung der Sprechstunden, die Bestimmung darüber, in welchem Bezirke die Aerzte ihre Wohnung zu nehmen haben, den Anordnungen des Kassenvorstandes. Dieser soll nach § 8 auch befugt sein, im Falle einer Verminderung des Mitgliederbestandes das Aerztegehalt im Verhältnis zur Minderung prozentual zu kürzen, wogegen dann dem Arzte die sonst verbotene Ausübung einer Privatpraxis bewilligt werden könne. Diese Bestimmungen hat das Reichsgericht in Uebereinstimmung mit dem Oberlandesgericht Düsseldorf als nicht gegen die guten Sitten verstoßend angesehen. In seinen Entscheidungsgründen führt das R.-G. hierzu aus:

„Die bezeichnete Vorschrift greift nicht ein in unantastbare Rechte der Aerzte, deren Aufrechterhaltung durch die sittliche Würde und die öffentliche Bedeutung des Aerzteberufes geboten ist; von den Aerzten werden nicht Leistungen verlangt, die mit pflichtgetreuer Erfüllung ihres Berufes unvereinbar sind. Es dient vielmehr die Vorschrift hauptsächlich den Verwaltungszwecken der Kasse, die bei ihrem großen Umfange solcher Ordnungsbestimmungen nicht entbehren kann. Es ist sittlich nicht unerträglich und anstößig, wenn die Aerzte, die

ihre Berufstätigkeit der Kasse zur Verfügung gestellt haben, sich in die zur Wahrung der Interessen der Kassenmitglieder erforderlichen Anordnungen fügen. Durch die erwähnten Bestimmungen sind die Aerzte bei richtiger, den Grundsätzen von Treu und Glauben folgender Vertragsauslegung keineswegs der Willkür des Kassenvorstandes preisgegeben: dieser hat vielmehr seine Anordnungen nach billigem Ermessen zu treffen; den Aerzten steht auch gegen eine vertragswidrige Handhabung die Anrufung des Schiedsgerichtes und die fristlose Kündigung zur Seite. Auch in der hinsichtlich des Gehaltes gegebenen Bestimmung kann eine übermäßige und deshalb sittlich verwerfliche Beschränkung der persönlichen und wirtschaftlichen Betätigungsfreiheit nicht erblickt werden."

Verschiedenes.

Stuttgart. Die kürzlich erfolgte Beratung des Artikels 11 des Württembergischen Oberamtsarzt-Gesetzentwurfs wuchs sich nach dem „Correspondenzbl. des Württemb. ärztl. Landesvereins" zu einer kleinen **Kurpfuschereidebatte** aus. Der Artikel wurde eigentlich von Mitgliedern aller Fraktionen bekämpft, mit Ausnahme der sozialdemokratischen, die durch ihren Sprecher Dr. Lindemann sich fast ganz auf den Boden der Regierungsvorlage stellte, in mancher Hinsicht sie sogar nicht ausreichend fand. Der Artikel lautet:

„Die Aerzte, Zahnärzte, Wundärzte, Apothekenvorstände und Hebammen, sowie alle Personen, welche gewerbsmäßig mit der Krankenpflege oder, ohne hierzu öffentlich ermächtigt zu sein, mit der Ausübung der Heilkunde bei Menschen sich befassen, ferner alle für eigene Rechnung tätigen Hilfspersonen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens (Desinfektoren, Masseure u. dergl.) sind verpflichtet, bei Beginn ihrer Tätigkeit, zutreffendenfalles unter Vorlage der Prüfungszeugnisse, bei dem Oberamtsarzt mündlich oder schriftlich unter Mitteilung ihrer persönlichen Verhältnisse sich anzumelden und ihm auf sein Verlangen jederzeit die zu seiner amtlichen Geschäftsführung erforderlichen Aufschlüsse unentgeltlich zu erteilen. Bei einem Wechsel ihres Wohnortes oder bei Aufgabe ihres Berufes oder Gewerbes haben die genannten Personen bei dem Oberamtsarzt in gleicher Weise Anzeige zu erstatten. Das Ministerium des Innern bestimmt, welche Bücher und Verzeichnisse die in Abs. 1 genannten Personen mit Ausnahme der Aerzte und Zahnärzte zu führen haben und in welchem Umfang ihre Berufsausübung und Geschäftsführung von dem Oberamtsarzt zu beaufsichtigen ist. Zuwiderhandlungen gegen diese Vorschrift (Abs. 1 u. 2) können vom Oberamt mit Geldstrafen bis zu 100 M. oder mit Haft bis zu 8 Tagen bestraft werden."

Das Zentrum wollte die Anmeldepflicht der Kurpfuscher auf Mitteilung ihrer persönlichen Verhältnisse einschränken und die Aufsicht des Oberamtsarztes ganz streichen. Noch weiter ging ein Bauernbündler, sonst Bekämpfer der Gewerbefreiheit und Vorkämpfer für Einführung der Meisterprüfung beim Handwerk, der die Kurpfuscher, deren Leistungen er entschieden über die der „priviligierten" Aerzte zu stellen schien, gänzlich los und ledig von jeder Einschränkung herumlaufen lassen will. Seine naiven Ansichten weckten häufig die Heiterkeit des Hauses. Der volksparteiliche Abgeordnete Haussmann wendete sich gegen den Buchführungszwang; mit dem gefährlichen Kurpfuschertum erdrossele man mit solchen Mitteln auch das ungefährliche und nützliche! Der Oberamtsarzt, der zum Teil selbst noch Praxis ausübe und deshalb gegenüber dem Konkurrenten doppelt befangen sei, entscheide darüber und das sei sehr bedenklich. Man solle den Zwang zur Buchführung für alle Heilpersonen, auch für die approbierten Aerzte, einführen, dann entkleide man die Maßregel ihres odiösen Charakters! Aus dem Hause selbst wurde, ganz wie seinerzeit im Reichstage bei dem vorläufig ad acta gelegten Kurpfuschereigesetz, kaum der gemeingefährliche Charakter des jetzigen Kurpfuschereitums betont. Für die Regierung griff auch Medizinaldirektor v. Rembold in die Verhandlungen ein. Im wesentlichen ist der Regierungsentwurf gegenüber einem wahren Wirrwarr von Anträgen gerettet worden, so daß man wenigstens einigen Anhalt gegenüber den „Mißständen im Heilgewerbe" haben wird, falls der Gesetzentwurf die ihm noch drohenden Hindernisse passieren sollte.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Zu besetzende Stellen von Medizinalbeamten.

Die Stelle des Assistenten bei dem Medizinaluntersuchungsamte in Stettin. Jahresremuneration mindestens 2000 M. Bakteriologische Vorbildung erforderlich. Gegebenenfalls wird die Stelle auch einem nicht kreisärztlich geprüften Arzte vorläufig kommissarisch übertragen werden, sofern er den Bedingungen für die Zulassung zur kreisärztlichen Prüfung genügt und sich zur Ablegung der Prüfung binnen Jahresfrist verpflichtet. (Veröffentlicht am 29. Mai.)

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 3. Kl. mit der Schleife: Arzt, Oberstabsarzt a. D. Dr. E. Maeder in Berlin.

Roter Adlerorden 4. Kl.: außerordentl. Professor, Med.-Rat Dr. G. Puppe in Königsberg i. Pr.

Königl. Kronen-Orden 3. Kl.: ordentl. Honorar-Prof. Geh. Med.-Rat Dr. Salkowski in Berlin, Geh. San.-Rat Dr. G. Simon in Berlin-Schöneberg.

Charakter als Geheimer Medizinalrat: ständiger Hilfsarbeiter im Ministerium des Innern, San.-Rat Dr. E. Heyl in Berlin-Schöneberg.

Charakter als Sanitätsrat: Dr. P. Eckardt in Breslau, Dr. F. Hellweger in Rügenwalde.

Ernannt: Privatdozent Prof. Dr. F. Schieck in Göttingen zum ordentl. Professor in Königsberg i. Pr., Reg.-Rat, Mitglied des Kaiserl. Gesundheitsamtes, Prof. Dr. F. Neufeld zum Abteilungsvorsteher bei dem Königl. Institut für Infektionskrankheiten „Robert Koch" in Berlin.

Niedergelassen: Dr. H. Oeding in Johannisburg, I. Rosenbusen in Naugard, Dr. G. Krautwurst in Beuthen (Oberschl.), E. de Vedia in Haspe, Dr. O. Thilenius in Soden i. T.

Verzogen: Dr. E. G. Peters von Langenhorn b. Hamburg Dr. F. R. Mootz von Schwetz a. W. nach Conradstein, M. Türk von Kattowitz nach Cottbus, Dr. D. Albers von Ritschenwalde nach Driesen, Dr. J. Hernig von Halle a. S. und Dr. E. Kittel von Annahütte nach Klettwitz, Dr. P. Schallock von Kletttwitz nach Annahütte, Dr. F. Sachs von Berlin, Dr. R. M. Willim von Wien, Dr. H. Simon von Berlin, Dr. H. Harttung von Freiburg i. Br., Aerztin Dr. D. Dietrich von Dresden, Dr. W. Krüger von Danzig sowie Dr. W. Reinsch von Reisen nach Breslau, Generaloberarzt a. D. Dr. M. Braune von Breslau nach Herrnstadt, Kreis Guhrau, J. Diebisch von Breslau nach Waldenburg, Dr. E. Rathenow von Hamburg nach Görbersdorf, Kreis Waldenburg, Generaloberarzt a. D. Dr. K. Knorr von Stralsund nach Petersdorf, Kreis Hirschberg, J. Glau von Hamburg nach Schreiberhau, Kreis Hirschberg, R. Langner von Kaiserwaldau nach Parchwitz, Kreis Liegnitz, Dr. H. Schäfer von Heidelberg nach Asyl Carlsfeld bei Brehna, Dr. M. Busse von Gröditz i. S. nach Elsterwerda, F. Illing von Wiesenthal i. B. nach Halle a. S., Dr. E. Otto von Halle a. S. nach Nürnberg, Dr. Ph. Stadler von Halle a. S. nach Leipzig, Dr. K. Voigt von Halle a. S. nach Freiburg i. Br., Dr. O. Wagner von Bochum nach Hofgeismar, Dr. O. Davidson von Oedelsheim nach Veckerhagen, Dr. E. Flohr von Cöln nach Gangelt, Aerztin Dr. E. F. Leuss von Speichersdorf nach Stuttgart, Dr. E. Briehn von Saalfeld i. Ostpr. nach Königsberg in Pr., H. Hoppe von Christburg nach Saalfeld i. Ostpr., Dr. F. Solmersitz von Reisen nach Schwarzort, Stabsarzt E. Pflugmacher von Potsdam nach Bischofsburg, Dr. E. Rutschmann von Stettin nach Bahn, Dr. G. Voigt von Eberswalde nach Naugard, Dr. M. Niesel von Bergquell nach Stettin, Dr. W. Görlitz von Stollberg nach Bergquell, Dr. A. Hofmann von Sonneberg i. Th., Dr. A. Ullmann von Frankfurt a. O., Dr. E. Schomburg von Berlin.

Verzogen ohne Angabe des neuen Wohnortes: A. Beck von Werne, Dr. R. Torell von Witten, Dr. E. Schröder von Hagen, Dr. K. Caspar von Altena, Dr. R. Bartelt von Sinzig und Dr. A. Wegener von Düsseldorf auf Reisen, Dr. F. Bahrmann von Kettwig, Dr. E. Flügge von Neudorf, Kreis Waldenburg, Dr. K. Behrens von Lintorf.

Gestorben: Dr. F. Becker in Britz, Dr. W. Nuernberg in Erfurt, Dr. P. Schwarz in Coblenz-Lützel, Dr. Th. Krüll in Barmen, San.-Rat Dr. A. Pietrulla in Strehlen, Dr. A. Beck und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. A. Seeligmüller in Halle a. S., Dr. B. Oversamm in Gangelt, Dr. A. Hohn in Brachelen.

Bayern.

Niedergelassen: E. Wagner in Dirmstein.

Verzogen: Dr. Alberts von Dirmstein nach Norddeutschland.

Gestorben: Dr. J. Ritter v. Bauer, k. Geh. Rat, Univ.-Professor und Direktor des Krankenhauses l. I. zu München; Dr. Th. Cohn, früher prakt. Arzt in Ruhla, in München.

Berichtigung.

In der Arbeit von Dr. Wommelsdorf (No. 20) sind auf S. 253 im vorletzten Absatz versehentlich hinter „bezw." zwei Wörter fortgeblieben. Der betreffende Satz lautet richtig: „Sie haben hier eine Maschine gesehen, die zwar . . . . . bildet, die jedoch bereits, so wie sie dasteht, geeignet ist, Zahnärzten bezw. anderen Spezialärzten . . . vorzügliche Dienste zu leisten, während dieselbe Maschine . . . . . vollauf genügt."

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Fellows-Syrupus Hypophosphitum

Maxima cum cura commixtus semperque idem.
Compositio prima ante alias omnis.

Zusammensetzung:
CHININ, STRYCHNIN, (je 3,75g. enthalten das Aequivalent von 0,001g. Strychnin pur.) EISEN, CALCIUM, MANGAN, und KALIUM, gebunden an unterphosphorige Säure.

Wertlose Nachahmungen / Ersatzpräparate > weise man zurück

AUF ÄRZTLICHE VERORDNUNG IN ALLEN APOTHEKEN VORRÄTIG

Zur Behandlung der Tuberkulose und Skrophulose.

Pil. Kreosoti Jasper 0,025—0,05 / 0,1—0,15

Pil. Solveoli Jasper 0,05—0,1—0,15 / 0,2—0,25—0,3

Tuberkulose oder Skrophulose verbunden mit Chlorose, Anämie und Chlorose allein:

Pil. Ferri-Kreosoti Jasper 0,05 / 0,01—0,15

Zur Behandlung der verschiedenen mit Tuberkulose oder Skrophulose vergesellschafteten Formen von Chlorose, sowie von Anämie und Chlorose allein. Jede Pille enthält:
Kreosot 0,05—0,15 gr., Blut und lösliches Eisen 45%, Haemoglobin 9%, peptonis. Muskeleiweiß 46%.
Unsere Präparate werden nur in Originalschachteln zu 100 Stück lediglich auf **ärztliche Ordination** in den Apotheken abgegeben. Formel:
Rp. Pil. Kreosoti (Solveoli etc.) **Jasper 0,05**
scat. unam orig.
= Nur echt = in geschlossener Originalschachtel.
Muster und ausführliche Broschüre gratis und franco.

Chemische Fabrik von Max Jasper Nachfolger
BERNAU bei Berlin.



China-Eisenbitter

Haltbares China-Eisen-Präparat
Roborans, Stomachicum, Tonicum
Sehr wohlschmeckend und leicht bekömmlich.
E. Mechling, Mülhausen i. E.

Eisentropon

Kraftnahrung mit Eisengehalt für Blutarme, Bleichsüchtige, Nervöse und schwache Kinder.
Außerordentlich wohlschmeckend. — Auch in Tablettenform erhältlich.
Literatur und Proben kostenfrei durch
Troponwerke Mülheim am Rhein.

Dr. Walther Koch's „Prävalidin"

Salbencombination zur percutanen Einverleibung von Kampher und Balsam. peruvian.
Grösste Erfolge im I. u. II. Stadium der **Lungentuberculose.** Linderung und lebensverlängernde Wirkung im III. Stadium.
Specificum bei **Emphysem, Bronchitis chronic., Influenza, Anämie** und **Herzschwächezuständen** durch seine **expectorierende** und **herzroborierende** Wirkung.
Tuben à M. 1,20 für Erwachsene und M. 0,80 für Kinder, **nur auf ärztliche Verordnung** in den Apotheken erhältlich.
Genaue Gebrauchsanweisung liegt jeder Tube bei.
Jahresversand 1911: 31700 Tuben. Literatur u. Proben durch die **Woll-Wäscherei u. Kämmerei, Abt. chem. Fabrik in Döhren b. Hannov.**

Magen- und Darmleidende

können ohne Bedenken den coffeïnfreien „Kaffeehag" trinken, da er zufolge der Reinigung und Entfettung, die er im Extraktionsverfahren durchmacht, außer dem Coffeïn noch die Staubteile, Häutchen, ranzig werdenden Fette etc. verliert, die auf Magen und Darm ungünstig wirken. Der coffeïnfreie „Kaffeehag" wird von Aerzten allgemein verordnet und ist in allen einschlägigen Geschäften schon von 70 Pfg. pro Paket an erhältlich.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

81. Jahrgang | Berlin, 15. Juni 1912 | No. 24

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10 556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4 gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.



Röntgen-Spezialplatten

von vielen Autoritäten und von der Fachliteratur*) **ausdrücklich als die besten** aller vorhandenen Plattensorten für die Röntgenaufnahme bezeichnet.

Aerzten werden Proben auf Wunsch kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Preisliste u. Lieferung durch alle Handlungen photographisch. Artikel oder direkt von der

Dr. C. Schleussner Aktiengesellschaft in Frankfurt a. Main 18.

*) Prof. Dr. Albers-Schönberg in Hamburg, Dr. Alexander Béla in Kesmark (Ungarn), Dr. H. Gocht in Halle a. S., Professor Dr. A. Hoffa in Würzburg, Leitfaden des Röntgenverfahrens, Leipzig 1908, S. 324, Röntgen-Kalender, Leipzig 1908, S. 93, Archiv für physik. Medizin u. medizin. Technik, Leipzig 1906, Bd. 1, Heft 2/3, S. 200, Kompendium der Röntgenographie, Leipzig 1905, S. 252, 253 u. 269, Manuel Pratique de Radiologie Médicale du Dr. Dupont, Bruxelles 1905, S. 41, Verhandlungen der Deutschen Röntgengesellschaft, Hamburg 1908, S. 97, Deutsche Medizinische Wochenschrift, Berlin 1908, S. 1472. Orthoröntgenographie, München 1908, Zeitschrift für medizin. Elektrologie u. Röntgenkunde, Leipzig 1908, Bd. X, S. 11, Société de Radiologie Médicale de Paris. Bulletins et Mémoires Tome I, No. 2 S. 43, Dott. Antonio Coppola in Napoli und Dr. Karl Beck in New York.



Hervorragend bewährt als Kräftigungsmittel bei nervösen Affektionen, besonders Neurasthenie, Hysterie, bei Schwächezuständen infolge von Krankheiten oder Ueberanstrengungen. Bequeme Dosierung in Tablettenform. Zu beziehen durch die Apotheken. Literatur und Proben zu Versuchszwecken kostenfrei.

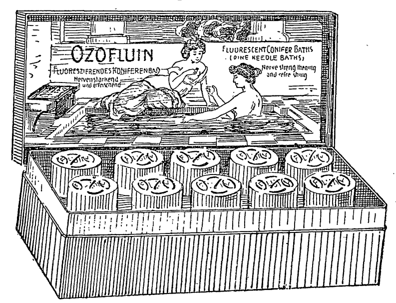
Max Dultz, Berlin S.O. 33.

Fluoreszierende Koniferenbäder

OZOFLUIN

Patentamtlich geschützt.

Ein neues Badeingredienz in Griesform.



Prämiiert: Internat. Hygieneausstellung Dresden 1911
Hygiene- u. Sportausstellung Mailand 1911.

Ozofluin erregte auf den Ausstellungen die Anerkennung und Bewunderung von Aerzten aller Länder. Es wird allgemein als das Beste bezeichnet, was auf diesem Gebiete überhaupt geleistet werden kann.

Ozofluin ist ein handliches, leicht lösliches, granuliertes Badepräparat aus den Zweigspitzen der Edelkoniferen vom Jura, Tirol und Schwarzwald zur Herstellung eines angenehm erfrischenden Koniferenbades mit Fluoreszenz an Stelle der gewöhnlichen Fichtennadelbäder.

Ozofluin ist ein vorzügliches „Remedium adjuvans“ von suggestiver Wirkung. In den meisten Sanatorien des In- und Auslandes beständig im Gebrauch.

Originalkarton à 10 Vollbäder	.	Mk. 6,—
„ à 5 „	.	„ 3,50
Einzelne Patronen	. . . . . .	„ 0,75

In den Apotheken erhältlich.

Größere Packungen à 50 und 100 Stück für Aerzte, Kuranstalten, Badeanstalten, Sanatorien zu Spezialpreisen. — Muster zu Versuchszwecken stehen den Herren Aerzten zur Verfügung.

Ozofluin-Centrale Basel
St. Johannvorstadt 72.

Zucker- Magen- und Darm- Kranken

wird von ersten **ärztlichen Autoritäten**

Günther's Aleuronat-Gebäck

empfohlen.

Versandt von Aleuronat-Brot, -Zwieback, -Biskuit und anderen Präparaten nach allen Ländern — Unter ständiger staatlicher Kontrolle der vereidigten Gerichts-Chemiker Dr. Popp u. Dr. Becker, Frankfurt a. M., hergestellt — Literatur und Proben gratis.

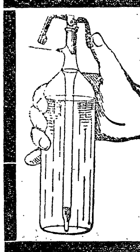


F. Günther's Aleuronat-Gebäckfabrik, Frankfurt a. M. 25.

Bad Harzburg

Gebirgsluftkurort u. Solbad
mit Kochsalztrinkquelle „Krodo“.
Heilt **kranke Nerven** u. **Stoffwechsel-Krankheiten.**

Jll. Führer, Wohnungsbuch m. allen Preisen, sowie Stadtplan frei durch
Herzogl. Badekommissariat Bad Harzburg.
Kurzeit 15. Mai bis 15. Oktb.



Dr. Thilo & Co., Chemisches Institut, **Mainz.**

Conephrin Dr. Thilo (Cocain-Paranephrin)
Novoconephrin (Novocain-Paranephrin)
Zwei hervorragende und bewährte Injektions-Anaesthetica.
Chloraethyl Dr. Thilo.

Machen Sie einen Versuch mit unseren
Automatischen Standflaschen (s. Abbild.).
Sie werden nur noch diese Aufmachung verordnen!
Sterile Subcutan-Injektionen.

Dr. Klebs Yoghurt-Tabletten

garantiert lebende Reinkultur von bac. Bulgaric. Metchnikoff, durch **besonderes Verfahren** zur **höchsten Virulenz** gesteigert; 45 Tabletten à 0,5 Gramm = 2,50 M., 100 Tabletten = 5,00 M.

Yoghurt-Ferment

Zur Selbstbereitung von Yoghurt; 1 Glas **ausreichend ca. 3 Monate** = 2,50 Mark. In loser Packung à 1/4 u. 1/2 Kilogramm bedeutend billiger.

Referenzen von Sanatorien zur Verfügung.

Lieferung an Krankenhäuser und Sanatorien mit Preisermäßigung.

Bakteriologisches Laboratorium von **Dr. Ernst Klebs**
München, Goethestrasse 25 T.

81. Jahrgang **Berlin, 15. Juni 1912** **No. 24**

Erscheint jeden Sonnabend
: Bezugspreis vierteljährlich M. 3,— :
Preis der einzelnen Nummer 50 Pf.

Zu beziehen durch alle Buchhandlungen,
:: Postämter sowie direkt vom Verlag ::

Allgemeine Medizinische Central-Zeitung

Die Wochenschrift des praktischen Arztes

REDAKTION:
Dr. H. LOHNSTEIN und Dr. TH. LOHNSTEIN
Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a — Fernsprecher Ch., 10556

81. Jahrgang

VERLAG:
OSCAR COBLENTZ
Berlin W. 30, Maaßenstraße 13 — Fernsprecher VI, 3302

Manuskripte und redaktionelle Zuschriften sind an die Redaktion, alle übrigen Sendungen an den Verlag zu richten

Anzeigen werden für die 4gespaltene Petitzeile oder deren Raum mit 40 Pf. berechnet. Bei Wiederholungen Rabatt.

Inhaltsübersicht.

I. Originalmitteilungen.

Künstlicher Pneumothorax bei Lungentuberkulose.

Vortrag, gehalten nach einer Krankenvorstellung im Charlottenburger Aerzte-Verein am 2. Mai 1912.

Von

Dr. med. **J. W. Samson** (Berlin).

M. H.! Es ist Ihnen bekannt, daß der Gedanke Forlaninis, die Lungentuberkulose mit vorwiegender Beteiligung einer Seite durch die Anlage des künstlichen Pneumothorax auf der erkrankten Seite zu behandeln, schon seit längerer Zeit erfolgreich praktisch ausgeführt wird. Das Verfahren besteht darin, daß man zwischen die beiden Pleurablätter ein Gas einfüllt und so die erkrankte Lunge zum Kollaps bringt. Zu diesem Zwecke eignet sich reiner Stickstoff aus dem Grunde am besten, weil er am langsamsten von der Pleura resorbiert wird und deshalb die Erneuerung des Kollapses bei zunehmender N-Resorption nur seltener nötig wird als bei einem leichter resorbierbaren Gas, wie z. B. Luft oder Sauerstoff.

Der Kollaps der erkrankten Lunge bedingt eine Ruhigstellung des Organs, da es von der Atmung ausgeschaltet wird, und diese Ruhigstellung führt zu einer Reihe anatomischer Veränderungen der tuberkulösen Lunge, die weiterhin eine Ausheilung des Prozesses zur Folge haben können. In denjenigen Fällen, die aus irgendeinem Grunde später zur Autopsie gekommen sind, fand man eine auffallend starke Bindegewebsproliferation um frische und ältere tuberkulöse Herde, wobei die letzteren, soweit sie erweicht waren, von trockenen, kreidigen Massen erfüllt gefunden wurden. Cavernen kamen infolge des Kollapses zur Vernarbung, da durch das Aneinanderliegen ihrer Wandungen eine Chance zu ihrer Ausheilung gegeben wurde, wie sie bis dahin auf anderem Wege nicht erreicht werden konnte. Nach den Untersuchungen Brauers und seiner Schule sind diese günstigen anatomischen Veränderungen in der Kollapslunge bedingt durch eine erheblich verlangsamte Blut- und Lymphzirkulation, was auch noch experimentell nachgewiesen werden konnte. Mit dieser verlangsamten Zirkulation in der Kollapslunge geht erklärlicherweise eine verringerte Einschwemmung der Gifte des Krankheitsherdes in den Körper Hand in Hand, was wiederum sich klinisch in einer Besserung oder dem völligen Schwinden der durch diese Toxine bedingten Symptome äußert, und zwar oft unmittelbar nach der Anlage des künstlichen Pneumothorax. Ich will Ihnen diesen günstigen Einfluß auf den Kranken in subjektiver und objek-

tiver Beziehung nicht langatmig schildern, sondern an zwei aus einer Reihe von mir operierter Fälle demonstrieren, wobei ich Ihnen auch das nötigste über die Technik sagen will.

Die eine Patientin ist 16 Jahre alt und seit 2 Jahren krank. Es handelt sich um eine Erkrankung der ganzen linken Lunge, die sich physikalisch in einer Dämpfung und zahlreichen Rasselgeräuschen vorn und hinten von der Spitze bis über den unteren Lungenrand manifestierte. Die rechte Spitze ist nur leicht, ohne Rasselgeräusche erkrankt. Pat, hatte Temperatursteigerungen bis 38°, reichlich Husten und Auswurf, der massenhaft Bacillen enthielt. Dieser Befund bestand, als ich sie zum ersten Male sah, nachdem sie über 1 Jahr in einem Sanatorium und auch mit ca. 80 Tuberkulinspritzen behandelt worden war. Ich habe ihr dann nach dem von Brauer ausgearbeiteten Schnitt-Verfahren einen Pneumothorax der linken Seite angelegt. Die Narbe zeigt Ihnen den Hautschnitt in einem der unteren Interkostalräume hinten, dann bin ich, unter Schleichscher Anästhesie durch die Muskeln stumpf in die Tiefe vorgegangen und ebenso durch die Pleura costalis mit einer feinen stumpfen Hohlnadel, durch welche dann, natürlich unter genauer Kontrolle am Wasser- und Quecksilbermanometer, der Stickstoff in den Pleuraraum einfließt. Die Wunde wird dann etagenweis vernäht und die späteren Nachfüllungen werden wie bei einer gewöhnlichen Punktion mit einer feinen spitzen Hohlnadel gemacht, mit welcher man ohne Schwierigkeit in den Intrapleuralraum gelangt. Sie werden dem kleinen Fräulein, das sich vollkommen wohl fühlt und mit ihrem Pneumothorax ihre täglichen Spaziergänge macht, nicht ansehen, daß sie krank war. Die Temperaturen sind ideal, 36,9 als Maximum, der Husten ist fast völlig verschwunden und Sputum ist nur selten zu erlangen, so daß ich gelegentlich schon in Verlegenheit war, wenn ich es untersuchen wollte. In einem kürzlich gemachten Ausstrichpräparat fanden sich keine Tb-Bacillen mehr.

Wie sich die Verhältnisse auf der kollabierten Seite jetzt gestaltet haben, sehen Sie auf diesem Röntgenbild (Abb. 1). Die Spitze ist noch zum Teil adhärent, der größte Teil der Lunge aber liegt als solider dunkler Schatten neben der Wirbelsäule, während die übrige Partie durch Gas ausgefüllt ist. Das Herz ist nach rechts verlagert, ohne daß dadurch Beschwerden bestehen. Dieser Pneumothorax besteht jetzt seit ½ Jahre und soll noch etwa ¼—½ Jahr unterhalten werden. Der Idealerfolg ist dann der, daß mit zunehmender N-Resorption die Kollapslunge sich wieder langsam entfaltet, wobei die atmungsfähigen Partien erfahrungsgemäß das Geschäft der Atmung wieder übernehmen, während die erkrankten Stellen zur Ausheilung gekommen sind.

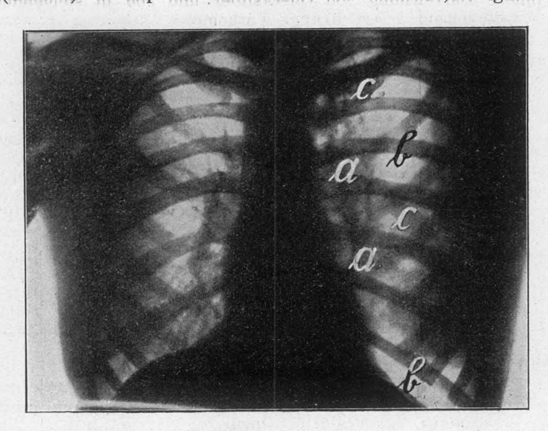


Abbildung 1.
a. Kollabierte Lunge.
b. Pneumothorax-Raum.
Bei c. Adhäsionen (Cor stark nach rechts verlagert).

Die andere Patientin ist 27 Jahre alt und seit 4 Jahren lungenleidend. Auch bei ihr liegt eine schwere Erkrankung der ganzen linken Seite vor, während die rechte Spitze nur wenig verändert ist. Aus technischen Gründen ist hier der Schnitt vorn links unterhalb der Mamma gemacht. Auch hier hat die Anlage des künstlichen Pneumothorax überraschend günstig gewirkt, auch sie fühlt sich seitdem sehr wohl und geht vergnügt umher, wenn auch hier Husten und Auswurf noch in geringem Maße bestehen.

Auf dem Röntgenbild sehen Sie (Abb. 2), daß hier nur ein Teil der Lunge kollabiert ist, während neben der Wirbelsäule und unten die Lunge infolge von Adhäsionen noch ausgedehnt erscheint. Sie sehen auch einzelne pleuritische Stränge von der Kollapslunge nach der Pleura costalis ziehen. Entsprechend den nicht kollabierten Teilen hört man über ihnen noch das Atmungsgeräusch mit Rasselgeräuschen, während man über dem Pneumothoraxteil fast aufgehobenes Atmen ohne Geräusche hat. Es ist auch gar nicht nötig, daß immer die ganze Lunge kollabiert, es genügt, wenn die hauptsächlich erkrankten Partien von der Atmung ausgeschaltet und ruhiggestellt werden.

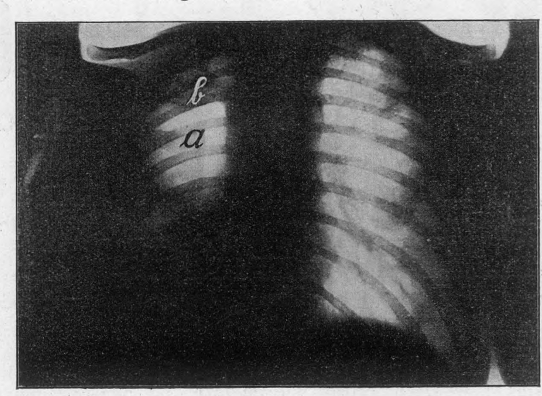


Abbildung 2.
a. Blasenförmiger Pneumothorax-Raum.
Bei b. Adhäsionen.

M. H.! So schön, wie die beiden Ihnen hier vorgestellten Fälle, die ich noch um eine Reihe gleichguter ergänzen kann, sind nun nicht alle meine Pneumothoraxfälle verlaufen. Teilweise sind die geringeren Erfolge dadurch bedingt, daß infolge zu ausgedehnter Pleuraadhäsionen ein zu kleiner Teil der tuberkulösen Lunge kollabiert. Aber auch bei gut gelungenem Pneumothorax kann durch eine Reihe anderer Faktoren, eine richtige Technik als selbstverständlich vorausgesetzt, ein Erfolg ausbleiben. Einen wirklichen Erfolg wird man immerhin nur in einer verhältnismäßig kleinen Anzahl erhalten, allerdings einen Erfolg, wie man ihn mit den bisher üblichen Behandlungsmethoden nicht annähernd erreichen kann. Wenn Brauer und Spengler von etwa 120 Fällen 15 Dauererfolge bis jetzt haben, das heißt Fälle, bei denen bis zu 4 Jahren nach Eingehen des Pneumothorax, ohne daß ein Rezidiv eintrat, vergangen sind, so mag diese Zahl nicht groß sein, sie erscheint aber sehr respektabel, wenn man bedenkt, daß es sich um lauter schwere, desolate Fälle handelte, die alle schon vergeblich behandelt worden und immer schlechter geworden waren. Ich glaube, man ist nicht zu pessimistisch, wenn man die idealen Erfolge, nach der deutschen und ausländischen Literatur, auf etwa $^1/_6$ aller Fälle schätzt.

Was die Indikationen anbelangt, so kann ich mich kurz fassen. Es kommen alle vorgeschritteneren Fälle mit vorwiegend einseitiger Beteiligung ohne nennenswerte tuberkulöse Erkrankungen in anderen Organen und ohne Komplikationen in Betracht, die einen solchen Eingriff unmöglich machen (z. B. Vitium cordis, schwerer Diabetes usw.). Man soll auch nicht nur erst moribunde Fälle, wie dies häufig geschehen ist, zur Pneumothoraxbehandlung bringen, sondern alle diejenigen vorgeschritteneren Fälle, die mit der hygienisch-diätetischen und spezifischen Behandlung keine Neigung zum Stillstand zeigen.

II. Referate.

Innere Medizin
(einschließlich Infektionskrankheiten).

Prof. Dr. **L. Réthi** (Wien): **Die Tonsillen als Ausgangsstelle allgemeiner Sepsis.** (Wiener med. Wochenschrift, 1912, No. 7.)

In den letzten Jahren wurde man immer mehr darauf aufmerksam, daß die Tonsillen relativ häufig den Ausgangspunkt bilden für allgemeine Infektionen. Seit Dezennien ist uns der Zusammenhang zwischen Tonsillenerkrankungen und rheumatischen Affektionen bekannt. Auch die Erkenntnis, daß von den Tonsillen oft andere schwere Erkrankungen, Endokarditis, Perikarditis, Pneumonien, Nephritiden, Appendicitis, Scharlach etc., ausgehen können, ist allgemein verbreitet. Zumeist sind in solchen Fällen die Tonsillen sichtbar verändert, vergrößert; aus den Lakunen ragen Pfröpfe hervor etc. Nicht selten sieht man jedoch an ihnen keine Veränderungen, keine Rötung und Schwellung; sie ragen aus der Nische nicht hervor und es läßt sich auch kein Anhaltspunkt für die Annahme vorausgegangener Entzündungen finden; die Anamnese ist nach dieser Richtung hin oft negativ. Nichtsdestoweniger aber können sie die Veranlassung für schwere Allgemeininfektionen sein. In der letzten Zeit sah Verf. mehrere derartige Fälle. Einen derselben, der einen 21 jährigen Mann betraf, beschreibt Verf. ausführlich. Es bestanden Gelenkaffektionen, parenchymatöse hämorrhagische Nephritis, septische Endokarditis und parenchymatöse Leberdegeneration. Alle anderen sonst für den septischen Prozeß in Betracht kommenden Ursachen konnten ausgeschlossen werden. Trotzdem die Tonsillen von Verf. normal befunden wurden, spaltete er sie und räumte die Krypten aus. Es wurden zahlreiche Pfröpfe zu Tage gefördert, deren Untersuchung Reinkulturen von grampositiven Kokken ergab. Die Temperatur fiel nach einigen Tagen ab, wurde normal und der Mann konnte bald entlassen werden. Hier geht der Zusammenhang zwischen der Sepsis und den Tonsillen aus der günstigen Wirkung des operativen Eingriffs an den Mandeln unzweifelhaft hervor. Die anderen Fälle sind dem eben beschriebenen Falle sehr ähnlich.

Es ist selbstverständlich, daß wir in Fällen von schwerer allgemeiner Infektion auf eine gründliche und vollständige Entfernung der Tonsillen dringen werden; doch wird man unter gewissen Umständen, in Fällen, wie der vorliegende, bei geschwächtem Körperzustand, bei flachen und zerklüfteten Tonsillen, deren vollständige Auslösung für den Kranken oft einen großen Eingriff bedeutet, auch mit dem Morcellement, der partiellen Entfernung der Mandeln und gelegentlich selbst mit der Schlitzung und Auskratzung auskommen und den beabsichtigten Erfolg erzielen können. Bei Sängern muß man nach den Erfahrungen des Verfassers mit der Indikationsstellung der Tonsillektomie besonders vorsichtig sein, da die Klangfarbe der Stimme in mehreren Fällen durch die Enukleation unvorteilhaft beeinflußt wurde. Kr.

Dr. **Hans Much** (Hamburg): **Durch Leprabacillen gesetzte Veränderungen beim Tiere.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 16.)

Wie frühere Untersuchungen ergeben haben, nimmt der Tuberkelbacillus zwar eine ganz bestimmte Stellung im System der säurefesten Bakterien ein, aber er steht trotzdem zu vielen dieser säurefesten Arten in einem näheren oder entfernteren verwandtschaftlichen Verhältnis. Es konnte durch Immunkörperreaktion gezeigt werden, daß der Tuberkelbacillus bestimmte spezifische Stoffe mit anderen säurefesten Bacillen gemeinsam hat. So reagieren Tuberkulöse und tuberkuloseimmunisierte Menschen im Komplementsbindungsversuch nicht nur mit Tuberkelbacillen, sondern auch mit anderen säurefesten Bakterien, und zwar nicht gleichmäßig stark mit allen, sondern mit bestimmten Arten stärker als mit anderen. Aehnlich verhalten sich Lepröse. Diese reagieren nicht nur gegen Leprabacillen, die man leicht aus Lepraknoten durch Antiforminbehandlung darstellen kann, sondern sie können auch mit Tuberkelbacillen und, wenn sehr viel Antikörper vorhanden sind, auch mit anderen, für den Menschen pathogenen säurefesten Bakterienarten eine spezifische Reaktion geben. Auch bei Tieren bestehen ähnliche Verhältnisse. — Eine zweite Tatsache, die Verf. gefunden hat, besteht darin, daß es durch Vorbehandlung mit nicht lebensfähigem Tuberkulosevirus gelingt, Tiere überempfindlich gegen das Tuberkulosevirus zu machen. Derartiges nicht mehr lebensfähiges Tuberkulosevirus erhält man durch Aufschließung der Tuberkelbacillen in organischen Säuren. — Verf. hat nun weiter folgendes gefunden, was sich durch die verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen Lepra- und Tuberkelbacillen erklärt: Bei Tieren, die mit nichtlebensfähigen Tuberkelbacillensubstanzen immunisatorisch beeinflußt sind, gelingt es, durch Einspritzung von Leprabacillen pathologische Veränderungen hervorzurufen. Die Tiere (Meerschweinchen, Ziegen) wurden mit Leprabacillen infiziert, die aus Lepromen durch Behandlung mit Antiformin gewonnen waren. Es wurden auf diese Weise Infiltrationen, Knoten und Abscesse bei den Tieren hervorgerufen. Auch im Komplementsbindungsversuch reagierten die infizierten Tiere sehr stark positiv gegen Leprabacillen, während ein Kontrolltier absolut negativ reagierte. Der Leprabacillus vermag also bei den in der angegebenen Weise vorbehandelten Tieren pathologische Veränderungen zu setzen. Vielleicht gewähren diese Untersuchungen die Möglichkeit, bei Tieren antilepröse Stoffe zu gewinnen. R. L.

Alfred Reitter: Ein Beitrag zu den syphilitischen Erkrankungen des Herzens und der Aorta. (Dissertation, Freiburg i. Br. 1911.)

Bei Personen in jugendlichem oder mittlerem Lebensalter, die an einer Aortitis, einem Aneurysma oder einer Aorteninsuffizienz leiden, fällt die Wassermannsche Reaktion in rund 86 pCt. der Fälle positiv aus. Mit Hilfe der Anamnese und sonstiger klinischen Symptome läßt sich eine vorausgegangene Lues nur in rund 59 pCt. der Fälle feststellen. Die Wassermannsche Reaktion ist also ein sehr wertvolles diagnostisches Hilfsmittel. Durch den Ausfall dieser Reaktion wird die Ansicht (Heller) bestätigt, daß die genannten Erkrankungen in weitaus der Mehrzahl aller Fälle auf Syphilis beruhen. Gegen die syphilitischen Erkrankungen der Aorta tritt die Herzsyphilis an Heftigkeit zurück. Der positive Ausfall der Wassermannschen Reaktion bei einer Erkrankung der Coronararterien und des Myokards spricht nur mit einiger Wahrscheinlichkeit für eine Spezifität derselben. Wenn es sich aber um Kranke im jugendlichen und mittleren Lebensalter handelt, wenn andere ätiologische Momente als Lues für die Krankheit nicht offensichtlich sind, wird der Wassermannschen Reaktion eine ausschlaggebende Bedeutung beizumessen sein. Die Wassermannsche Reaktion ist daher nur verwertbar im Verein mit der klinischen Beobachtung. Besteht Verdacht auf eine luetische Herz- oder Aortenerkrankung und fällt die Wassermannsche Reaktion negativ aus, so ist letztere zu wiederholen. Bei syphilitischen Herz- und Aortenerkrankungen ist, wenn die Wassermannsche Reaktion ein positives Resultat ergibt und wenn der Krankheitszustand des Patienten es erlaubt, ein Traitement mixte einzuleiten und womöglich so lange fortzusetzen, bis die Reaktion negativ wird. In vielen Fällen gelingt dies jedoch nicht. In den nächsten Jahren ist eine Inunktionskur zu wiederholen. In Fällen, die noch nicht zu weit vorgeschritten sind, ist ein therapeutischer Versuch mit Salvarsan angezeigt unter Berücksichtigung der Kontraindikationen. In späteren Stadien ist wenigstens die innere Darreichung von Quecksilber und Jod in steigenden Dosen ratsam. Das häufige Vorkommen der syphilitischen Herz- und Aortenerkrankung verlangt, daß bei Personen mit positiver Wassermannscher Reaktion aus prophylaktischen Gründen eine Inunktionskur eingeleitet und in den nächsten Jahren wiederholt wird. Aus dem Ergebnis der Wassermannschen Reaktion lassen sich prognostisch nur mit Vorsicht Schlüsse auf den Verlauf der Herz- und Aortenerkrankung ziehen, da eine positive Wassermannsche Reaktion ohne jede greifbare Ursache sich in eine negative verwandeln kann, wennschon derartiges bei Gefäßerkrankungen sehr selten beobachtet wird, und da außerdem die Wassermannsche Reaktion, die infolge spezifischer Behandlung negativ geworden ist, oft in kurzer Zeit wieder positiv werden kann. Die Prognose des Aortenaneurysmas ist auch trotz intensiver spezifischer Behandlung schlecht. Die Prognose der Aorteninsuffizienz ist bei frühzeitiger spezifischer Behandlung günstiger. In fortgeschrittenen Fällen ist der unglückliche Ausgang nicht abzuwenden. F.

Prof. **I. I. Grekow** (St. Petersburg): **Motorische Insuffizienz des Magens auf der Basis von Perigastritiden gonorrhoischer Provenienz.** (Zentralbl. f. Chirurgie, 1912, No. 4.)

Verf. sondert auf Grund von unzweifelhaften klinischen Tatsachen und auf Grund seiner persönlichen Erfahrung eine besondere Gruppe von Perigastritiden aus, welche Folgen einer gonorrhoischen oder einer anderen Infektion von seiten der Genitalsphäre sind und ihrerseits Impermeabilität des Pylorus (Spasmus, Hypertrophie) mit nachfolgender Erweiterung des Magens hervorrufen. Die Frage nach der Art und Weise, wie Perigastritiden Pylorusstenose hervorrufen können, ist nicht in genügendem Maße erforscht. Hier sind zwei Möglichkeiten a priori zuzulassen: entweder sind die Verwachsungen so kompakt und umfangreich, daß sie den Pylorus von außen komprimieren und so Dislokation, Knickungen, partielle Torsion desselben hervorrufen, oder aber es handelt sich um reflektorischen Spasmus des Pylorus, der durch Schmerzen infolge von Dehnung der Verwachsungen bei Lageveränderungen oder bei Füllung des Magens mit Nahrung bedingt ist — um einen Spasmus, der zu sekundärer stabilerer Hypertrophie des Pylorus führt. Verf. gibt folgende Charakteristik dieser gonorrhoischen Peritonitiden: Klinisch feststellbare, stark ausgesprochene motorische Insuffizienz des Magens mit Hypertrophie des Pylorus in stärkerem oder schwächerem Grade, bei Vorhandensein von umfangreichen, flachen, ziemlich zarten

und lockeren Verwachsungen in der Gegend des Pylorus, des Ligamentum hepatoduodenale und der Gallenblase und bei Fehlen irgendwelcher Hinweise in der Anamnese (oder bei Gelegenheit operativer Untersuchung) auf ein rundes Geschwür des Magens oder des Duodenums oder auf Gallensteine bei Personen mit stark ausgesprochener, wenn auch in Stillstand begriffener gonorrhoischer Erkrankung, die sich auf die Tuben und das Beckenperitoneum erstreckt (Anamnese, gynäkologische Untersuchung). Fehlen von entzündlichen Veränderungen in anderen Organen, besonders im Processus vermiformis und in der Flexura coli dextra, dagegen Vorhandensein von Hinweisen auf eine frühere diffuse Peritonitis in anderen Abschnitten der Bauchhöhle, insbesondere Verwachsungen der Adnexe, bekräftigen die Annahme des gonorrhoischen Ursprungs der Erkrankung.

Als unerläßliche Bedingung für diese Form der motorischen Insuffizienz des Magens muß man einen allgemein geschwächten Ernährungszustand der betreffenden Kranken auf der Basis eines schweren gonorrhoischen Prozesses anerkennen.

Verf. illustriert das Gesagte durch zwei Krankengeschichten. Kr.

Fortschritte und Bestrebungen auf dem Gesamtgebiete der Therapie.

Medikamentöse Therapie.

San.-Rat Dr. **Lenzmann** (Duisburg): **Zur Frage des jetzigen Standes der Luesbehandlung in der Praxis.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1912, No. 15.)

Verf. führt folgendes aus: Seit der Einführung des Salvarsans in die Therapie der Lues sind die Aussichten, eine frische Infektion von vornherein durch eine energische Behandlung auszurotten und die Krankheit zur definitiven Heilung zu bringen, bedeutend besser geworden. Der in der Praxis stehende Arzt, der meistens die frischen, noch im Stadium der zweiten Inkubation stehenden Luesfälle sieht, muß es als seine Aufgabe betrachten, diese Fälle, nach Sicherstellung der Diagnose, sofort ausgiebig zu behandeln. Er muß es sich zum Ziel setzen, durch diese erste Behandlung die Krankheit zum definitiven Abschluß zu bringen. In jedem Falle ist von vornherein Salvarsan anzuwenden und dieses mit anderen gegen die Lues wirksamen Mitteln zu kombinieren. Als solche sind in erster Linie das Quecksilber und das Chinin zu betrachten. Die allein empfehlenswerte Anwendungsform des Salvarsans ist die intravenöse Injektion oder ihre Ersatzmethoden, die erlauben, das Mittel schubweise dem Blut einzuverleiben. In der Praxis soll man mit Dosen von 0,2 g beginnen und nicht über 0,3 g hinausgehen. Auf diese Weise kann man in einem Zeitraum von 8 Tagen in 3 Injektionen jedem — auch nicht robusten Patienten — der keine besondere Kontraindikation bietet, 0,8 g des Mittels ohne Bedenken beibringen. An den zwischen diesen intravenösen Injektionen liegenden Tagen — am zweiten und dritten und am fünften, sechsten und siebenten Tag — gibt Verf. intravenöse Injektionen von 0,2—0,4 Chinin. lactic. Nach dieser Kur ist unmittelbar anschließend eine etwa 10 tägige Quecksilberkur mit löslichen Quecksilberpräparaten einzuleiten. Ergibt die 14 Tage nach Abschluß dieser kombinierten Behandlung anzustellende serologische Untersuchung nicht ein negatives Resultat, dann muß eine neue Kur eingeleitet werden, die je nach dem Grad der Reaktion nur eine Salvarsanbehandlung oder wieder eine kombinierte Behandlung sein soll. Jedenfalls ist durch eine energisch fortgesetzte Behandlung eine deutliche negative Reaktion anzustreben. Ob diese negative Reaktion eine definitive Heilung bedeutet, kann erst eine längere Beobachtung ergeben. Es bestehen schon jetzt zur Genüge Erfahrungen, die deutlich für eine definitive Heilung nach einer derartigen Kur bei frischer Lues sprechen. Die angedeutete Kur ist ambulant durchführbar. Bei genauer Beobachtung der Indikation und Vermeidung von Fällen, die sich für eine Salvarsanbehandlung nicht eignen, bei Einhaltung mittlerer Dosen und vorsichtigem Beginn mit kleineren Dosen ist eine Anstaltsbehandlung nicht notwendig.

Dr. **S. Hata** (Tokio): **Salvarsantherapie der Rattenbißkrankheit in Japan.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 16.)

Verf. berichtet über 8 Fälle von „Rattenbißkrankheit", die in Japan mit Salvarsan behandelt wurden. Es handelt sich dabei um eine seltene Krankheit, welche sich nur bei einem Teile der von Ratten Gebissenen entwickelt. Die Inkubationszeit beträgt 1—5 Wochen, bisweilen auch einige Monate, während die Bißwunde selbst meist in kurzer Zeit heilt. Die Erkrankung fängt meist plötzlich mit Frösteln oder Schüttelfrost, Mattigkeit, Appetitverminderung, Kopfschmerz und Fieber an. In den meisten Fällen zeigen sich dabei an der Stelle der schon vernarbten Bißwunde Entzündungserscheinungen, wie Rötung und schmerzhafte Schwellung. Die Entzündung ergreift oft die Umgebung und ruft weitverbreitete ödematöse Anschwellung, Blasenbildung, sogar Nekrose hervor, andererseits kann sie aber auch die Lymphbahn entlang fortschreiten, indem die Lymphangitis bis zu den Lymphdrüsen fortschreitet, welche deutlich anschwellen und druckempfindlich werden. Das Fieber erreicht schon am ersten Tage eine Höhe von 39—40° oder darüber und bleibt etwa 2—3 Tage kontinuierlich, worauf dann die Temperatur gewöhnlich unter profusem Schweiß rasch wieder normal wird. Die lokale Anschwellung und die Entzündung der Lymphbahn nehmen mit dem Temperaturabfall in ihrer Intensität ab. Nach einigen Tagen oder nach einer Woche tritt dann aber ein erneuter Fieberanfall mit denselben Gesamterscheinungen wie vorher ein. Dabei bemerkt man auf verschiedenen Körperteilen eigentümliche erythematöse oder papulöse Exantheme. Das Fieber ist unregelmäßig intermittierend. In den meisten Fällen sind die Sehnenreflexe im Anfang gesteigert, um im weiteren Verlaufe zu verschwinden. Leber- und Milzschwellungen fehlen. In schweren Fällen kommen Muskel- oder Gelenkschmerzen, sensible und motorische Störungen, Oedem einer ganzen Extremität oder sogar des ganzen Körpers, Albuminurie, Delirien, Sopor, Koma etc. vor. Bisher war keine wirksame Therapie gegen die Krankheit bekannt. Neuerdings soll in einem Falle in Italien A t o x y l günstig gewirkt haben. Die von Verf. mitgeteilten 8 Fälle wurden in verschiedenen Gegenden Japans behandelt. Das Salvarsan wurde in verschiedenen Stadien der Krankheit (meistens nach 5—10 Anfällen, manchmal auch früher), entweder in fieberfreier Zeit oder gerade im Anfang, auf der Höhe oder im Abfall des Fiebers injiziert. Das Salvarsan übte in allen Fällen einen eminenten Einfluß auf den Krankheitsverlauf aus. Abgesehen von 3 Fällen wurden die Kranken schon durch eine einmalige Injektion (meist 0,4 g subkutan oder intravenös) von den sonst wiederholt auftretenden Anfällen befreit. Allerdings trat meist in der Nacht oder einige Tage nach der Injektion eine einmalige Temperaturerhöhung ein. Auf die Entfieberung folgte Zurückgehen der entzündlichen Prozesse, Verschwinden der Exantheme, dann allmähliche Resorption der Lymphdrüsenanschwellungen. R. L.

Dr. **Daxenberger** (Brückenau): **Die lokale Behandlung der Diphtherie.** (Medico, 1912, No. 15.)

Versuche mit B o l u s, die Verf. bei Diphtherie und Scharlach-Diphtherie anstellte, hatten in allen Fällen günstige Resultate. 100 g Bolus (sterilisiert von M e r c k [Darmstadt]) werden auf 200 g Wasser oder Tee aufgeschüttet. Von der entstehenden Aufschwemmung läßt man die Patienten alle drei Minuten einen Kaffeelöffel voll schlucken bis zum Nachlaß des Fiebers, dann alle 10 Minuten bis zum Schwinden des Belags. Durchweg wurde rasches Abfallen der Temperatur von 39—40° am ersten Tage auf 36,8—37,0° am nächsten Tage beobachtet, ohne daß wieder Erhöhung eintrat. Der diphtherische Belag war am nächsten Tage gewöhnlich abgestoßen. Mit dem Sinken der Temperatur schwanden meist die Schluckbeschwerden, die Halsdrüsen schwollen ab. Andere Medikamente wurden nicht angewandt, nur ein Spiritusumschlag um den Hals appliziert und nach 24 Stunden gewechselt. Die Patienten waren gewöhnlich in 4—5 Tagen außer Bett und in 14 Tagen geheilt. Frühzeitig angewandt, kann die Bolusbehandlung wohl mit der Serumbehandlung konkurrieren, von deren möglichen Nebenwirkungen sie frei ist. Sie erfordert aber stärkere Inanspruchnahme des Arztes und des Pflegepersonals; bei ganz kleinen Kindern ist sie nicht durchführbar.

(Wenn auch die Ansicht des Verfassers, daß die Diphtherie ohne Schaden für den Kranken auch ohne Serum behandelt werden könnte, gewiß auf Widerspruch stoßen wird, so schließt die Serumbehandlung jedenfalls nicht aus, sich gleichzeitig die Vorteile der Bolusthearpie zunutze zu machen. Ref.) M.

Prof. **H. Winternitz** (Halle a. S.): **Ueber morphinfreies Pantopon und die Wirkung der Nebenalkaloide des Opiums beim Menschen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 16.)

Ueber die Wirkung der vereinigten Nebenalkaloide des Opiums auf den Menschen sind bisher nur wenige Untersuchungen angestellt worden. Um diese Frage zu untersuchen, ließ Verf. durch die chemische Fabrik F. H o f f m a n n, l a R o c h e & C o. m o r p h i n f r e i e s P a n t o p o n darstellen, welches er der Kürze halber als O p o n bezeichnet. Es ist ein braunes, lockeres, leicht wasserlösliches Pulver von intensiv bitterem Geschmack, das die gesamten Nebenalkaloide des Opiums in Form ihrer salzsauren Verbindungen ohne Ballaststoffe enthält. Den größten Teil der Oponalkaloide (ungefähr 50 pCt.) macht nach Verf. das N a r k o t i n aus, ferner ist eine relativ bedeutende Quantität C o d e i n darin enthalten. M o r p h i n ist höchstens in Spuren im Opon enthalten. Verf. begann in Selbstversuchen mit wenigen Zentigramm und steigerte die Dosis schrittweise, wobei sich herausstellte, daß im allgemeinen eine ausreichende hypnotische Wirkung erst mit 0,5 g Opon eintritt. Verf. gab nun in zahlreichen Fällen Einzeldosen von 0,5—1 g. In der Regel wurde zuerst 0,5, dann 0,75 und dann 1 g gegeben. Oft wurde das O p o n mehrere Tage hintereinander oder zu wiederholten Malen gegeben. Abgesehen von dem schlechten Geschmack wurden Klagen über unangenehme Sensationen nicht geäußert.

Auch bei längerdauernder Anwendung wurde eine irgendwie auffällige Stoffwirkung nicht beobachtet. Nur dreimal trat Erbrechen ein, wohl infolge des intensiv bitteren Geschmacks des Mittels. Wegen des widerlichen Geschmacks wurde Opon meist in Oblaten gegeben. Gaben von 0,3—0,5 g hatten eine beruhigende und einschläfernde Wirkung. Bei Dosen von 0,5 bis 1 g machte sich in der Regel nach ¼—¾ Stunden eine mehr oder weniger ausgesprochene Schlafwirkung geltend. Der Schlaf war mitunter von angenehmen Träumen begleitet; am Morgen erfolgte rasches Erwachen, ohne Eingenommenheit des Kopfes oder sonstige Nachwirkung. Auch eine analgetische Wirkung zeigte sich bisweilen. Der schlechte Geschmack und das große Volumen der wirksamen Dosen stellen jedoch den praktischen Wert des Präparates in Frage. Es besteht daher nicht die Absicht, das Opon in den Handel zu bringen. R. L.

Prof. Dr. **H. Winternitz** (Halle): **Ueber Chineonal, die chemische Verbindung von Chinin und Veronal.** (Medizinische Klinik, 1912, No. 15.)

Verf. hat in den letzten zwei Jahren in Fällen, wo Aufregung und Unruhe den fieberhaften Zustand begleiteten, das Chinin mit Veronal kombiniert und dabei den Eindruck gewonnen, daß die an sich leicht narkotische Wirkung des Chinins schon durch kleine Veronaldosen eine ausreichende Verstärkung erfährt. Nun besitzt das Chinin stark basische Eigenschaften — wir bedienen uns in der Therapie der salzsauren oder schwefelsauren Salze —, während das Veronal, die Diäthylbarbitursäure, schwachen Säurecharakter aufweist. Es schien daher möglich, beide Komponenten in eine chemische Verbindung zu bringen. Der Chemischen Fabrik von E. Merck (Darmstadt) ist es nun gelungen, eine wohlcharakterisierte Verbindung von stets gleichbleibender Zusammensetzung zu erhalten. Das Präparat wird von der genannten Firma unter der Bezeichnung „Chineonal" u. a. auch in Form leicht zerfallender Tabletten in Verkehr gebracht. Das Chineonal enthält die beiden Komponenten in molekularen Gewichtsmengen (63,78 pCt. Chinin und 36,22 pCt. Veronal, oder abgerundet im Verhältnis von zwei Teilen zu einem Teil). Es ist ein weißes, bei trockener Aufbewahrung sehr beständiges Pulver von bitterem Geschmack. Die pharmakologische Prüfung ergibt, daß es die Schleimhäute des Magens und Darmes nicht reizt und, fein gepulvert ins Auge gebracht, intensiv und anhaltend anästhesierend wirkt. Im Magen wird das Chineonal wieder in seine Bestandteile zerlegt. Gegenüber einer einfachen Mischung hat die Verbindung, abgesehen von dem besseren Geschmack, vor allem den Vorzug einer stets gleichmäßigen Zusammensetzung. Nach zahlreichen Beobachtungen glaubt Verf. sagen zu können, daß das Chineonal gut vertragen wird und seltener Erbrechen verursacht, als Chinin. Auch hat er gerade bei längerem Gebrauche des neuen Präparats in größeren Dosen die Erfahrung gemacht, daß die Chininnebenwirkungen, die sich so häufig bei Chininanwendung in unangenehmer Weise geltend machen, durch das Veronal aufgehoben oder doch gemildert werden.

Außer bei den Infektionsfiebern bewährt sich das Chineonal infolge der stärkeren Betonung der narkotischen Wirkung noch als allgemein nervenberuhigendes Mittel, sowie durch Schmerzstillung bei Neuralgien. Aber auch sonst ergeben sich für seine therapeutische Anwendung mehrfache Ausblicke. In erster Linie ist hier an die Behandlung der Pertussis zu denken, wo ja Chinin unter den verschiedenen Mitteln, die empfohlen wurden, das meiste Vertrauen verdient, während gleichzeitig Veronal nach aller Erfahrung symptomatisch günstig wirkt. Eine weitere Indikation dürfte die Seekrankheit bilden.

Dr. **M. Gerson** (Berlin): **Veronalnatrium bei Seekrankheit.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 14.)

Gleich anderen Beobachtern hat G. gute Erfahrungen mit Veronalnatrium bei Seekrankheit gemacht.

Wurden 0,5 g gegen das Vorstadium der Seekrankheit am Abend genommen, so hatten die Patienten meistens eine gute Nacht und kamen ohne Wiederholung der Medikation über die Anfangserscheinungen hinaus; nur selten wurde am nächsten Tage eine nochmalige Dosis von 0,5 g nötig, um den wirklichen Ausbruch der Nausea zu verhindern. 0,5 g Veronalnatrium, am Tage bei den Vorboten der Seekrankheit genommen, erzeugte sichtliche Beruhigung des allgemeinen Nervensystems und wohltuenden Schlummer. Nach Wiederholung derselben Dosis in den nächsten 12 Stunden waren die drohenden Erscheinungen der Seekrankheit meistens geschwunden und die betr. Passagiere nicht selten sogar imstande, an der gemeinschaftlichen Tafel leichtere Speisen ohne Widerwillen und Beschwerden zu genießen. Der wirkliche Ausbruch der Nausea konnte so coupiert werden. Selbst wenn die Krankheit schon bestand, die Patienten aber noch kleine Flüssigkeitsmengen zu sich nehmen konnten, riefen 0,5 g Veronalnatrium, einmal oder zweimal gegeben, sichere Milderung und Abkürzung des unangenehmen Zustandes hervor.

Verwendet wurden Veronalnatriumtabletten, zerstoßen und mit wenig Wasser geschluckt. In Anbetracht der Antipathie der Kranken gegen orale Zuführung ist auch Darreichung in Form von Suppositorien zu empfehlen. M.

Dr. med. **R. Weissmann**, Arzt für Lungenkrankheiten in Lindenfels: **Erfahrungen mit dem Inhalationsmittel Tulisan bei Asthma und Tuberkulose.** (Berl. klin. Wochenschrift, 1912, No. 16.)

Die Zusammensetzung des in dem chemischen Institut Dr. Ludwig Oestreicher, Berlin W. 30, hergestellten Tulisan ist folgende: Aus Perubalsam hergestellte Inhalationsflüssigkeit 73,59 pCt., Alypinum nitricum 0,94 pCt., Eumydrin 0,47 pCt., wirksame Substanz der Nebenniere in haltbarer Form gelöst (1 pro Mille) 5 pCt. und Glyzerin 20 pCt. Die Zerstäubung wird bewirkt durch den ebenfalls von dem chemischen Institut Dr. Ludwig Oestreicher angegebenen Tulisansprayapparat. Die Tulinsanverteilung durch diesen Sprayapparat ist eine äußerst feine, dem ungeübten Auge oft kaum wahrnehmbare. Die Anwendung geschieht in der Weise, daß der Kranke, wenn er inhalieren will, den mit Tulisan bis zur Hälfte gefüllten Apparat zur Hand nimmt und zunächst den Gummiball desselben mehrmals zusammendrückt, um die im Apparat befindliche Luft zu entfernen. Sodann wird die Olive des Ansatzrohres in ein Nasenloch gesteckt und, während der Patient einen tiefen Atemzug durch die Nase macht, der Gummiball 5—6 mal schnell hintereinander zusammengepreßt. Nach Beendigung der Inhalation atmet der Kranke wieder durch den Mund aus. Diese Inhalation wird auf jedem Nasenloch etwa dreimal wiederholt. Verf. hat sodann die Kranken eine gewisse Zeit, etwa ½—1 Stunde, warten lassen, und wenn die asthmatischen Beschwerden nicht völlig verschwunden waren, ließ er die Prozedur wiederholen. Bei Reizhusten der Phthisiker ließ er die Inhalation drei- bis viermal täglich machen. Bei Asthma erzielte Verf. eine vorzügliche Wirkung. In allen Fällen gelang es, die Anfälle zu mildern, in den meisten Fällen, sie zu coupieren. Die dauernde Anwendung des Tulisans hat in den Fällen, in welchen es gebraucht wurde, keine nachteiligen Folgen gehabt. In allen Fällen hatte Verf. den Eindruck, als ob die dauernde Anwendung des Mittels zu einer wesentlichen Abschwächung der Zahl und Stärke der Anfälle führe. Von einer Heilung zu sprechen, erlaubt die Kürze der Beobachtungsdauer nicht. Sehr wertvoll erschien Verf. in den drei Fällen von Reizhusten bei Tuberkulose die Wirkung des Tulisans. In allen drei Fällen gelang es durch täglich drei- bis viermal ausgeführte Einatmung den Hustenreiz zu unterdrücken. Infolgedessen hörte das mehrfach aufgetretene Erbrechen auf, die Ernährung wurde eine bessere, der Schlaf ein erquickender und somit das Allgemeinbefinden besser. Kr.

Arbeiten über Uzara.

1. Prof. Dr. **E. Müller**, Direktor der Universitäts-Poliklinik in Marburg: **Bericht über Uzara.** (Münch. med. Wochenschr., 1912, No. 5. Sitzungsbericht vom 6. Dezember 1911 des Aerztl. Vereins zu Marburg.)

M. hat das Präparat in Form von Tabletten und Suppositorien bei schwersten akuten Diarrhöen der Kinder und Erwachsenen angewendet. Der Gesamteindruck bei den mit Uzara behandelten Fällen war entschieden ein günstiger. Es ist ein leistungsfähiges und bei Darreichung per os et anum ungefährliches Antidiarrhoicum, das in vielen Fällen akuter Diarrhöen den Tanninpräparaten und dem Opium (Kindesalter!) überlegen ist. Selbstverständlich soll man neben der Uzaradarreichung die übrigen therapeutischen Maßnahmen (insbesondere Diät, Umschläge) nicht vernachlässigen. Bei gleichen Dosen scheinen Suppositorien wirksamer als Tabletten zu sein.

2. Dr. med. **Franz Engels** (Elberfeld) berichtet über einen schönen Erfolg mit Uzara bei einem Fall von schwerer sexueller Neurasthenie mit nervösen Diarrhöen. Der Patient litt seit Jahren an diesen Störungen, die auch bei längerem Aufenthalt in einem Sanatorium und bei Klimawechsel unverändert bestehen blieben. Nach Einnahme von Uzaratinktur resp. -liquor verschwanden die Diarrhöen komplett, auch trat keine Spermatorrhoe und Pollution in den nächsten drei Wochen auf.

3. Dr. **Josef Schaffmann** (Hinterbrühl) hat Uzara als Spezificum bei Diarrhöen verschiedener Art kennen gelernt.

4. Dr. med. **Ludw. Roth** (Landau) hat Uzara in zwei Fällen verwendet, einmal bei Tropenruhr und einmal bei nervösen Durchfällen, beide Male mit ganz vorzüglicher Wirkung.

5. Dr. **Schreyer** (Tientsin, China) hatte bei einem Falle von Dysenterie in drei Tagen mit vier Tabletten Uzara verblüffenden Erfolg.

6. Medizinalrat Dr. **Rieck** (Springe b. Hannover) berichtet über einen ausgezeichneten Erfolg durch Uzara bei einer Frau mit Morbus Basedowii, chronischem Lungenkatarrh und Fettherz, die an beständigem Durchfall litt, gegen den alle anderen Mittel sich ohnmächtig erwiesen. Der Stuhl wurde durch die Uzaratabletten schnell normal und die Frau bekam ausgezeichneten Appetit. (NB. Die Mitteilungen 2—6 sind einer uns zugegangenen privaten Broschüre entnommen. Red.)

Uzarapräparate.

Uzaratabletten (Röhre à 30 Stück det. 1,25 M.): Erwachsenen zweistündlich 3—4 Tabletten, Kindern von 1 Tablette an.

Liquor Uzara (zur Rezeptur in Tropfen oder Mixtur 10,0, Taxpreis 0,95 M.): Erwachsenen zweistündlich 1,0 = 30 Tropfen, Kindern von 6 Tropfen an. — Gratisproben auf Wunsch.

Uzarasuppositorien (Packung A. für Kinder unter 3 Jahren, Packung B. für Kinder von 3—10 Jahren): Karton à 10 Stück 2 M. Karton C. für Erwachsene, Karton à 10 Stück 2,50 M.

Ein- bis dreimalige Gabe wird in den meisten Fällen genügen.

Kassenpackung: Liquor Uzara 10,0 det. 0,85 M. Kr.

Chirurgische Therapie.

Dr. **Dehler** (Frankenthal): **Zur Behandlung der Typhusbacillenträger.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 16.)

Bisher ist es noch nicht gelungen, die Typhusbacillen bei den Typhusbacillenträgern auf medikamentösem oder serotherapeutischem Wege zu beseitigen. Seitdem durch die Arbeiten Forsters und seiner Schüler die Gallenblase und Gallenwege als Hauptbrutstätte der Typhusbacillen nachgewiesen wurden, lag es nahe, die Beseitigung der persistierenden Typhusbacillen auf operativem Wege zu versuchen. Verf. hat als erster vor fünf Jahren bei zwei geisteskranken Insassen der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal, die Typhusbacillen dauernd ausschieden, diesen Weg beschritten, indem er bei ihnen die Cholecystostomie machte; in der Nachbehandlung wurde dann durch möglichst lang fortgesetzte Drainage ein rascher Abfluß der Galle aus den Gallenwegen erstrebt und die Gallenblasenwand durch Ausspülung mit ätzenden Mitteln möglichst zur Verödung gebracht. Die beiden Patientinnen sind noch am Leben; bald nach der Operation hörte bei ihnen die Ausscheidung der Typhusbacillen ganz auf, der erstrebte Zweck wurde also erreicht. Noch rationeller ist nach Verf. bei Typhusbacillenträgern die Exstirpation der Gallenblase mit möglichst lange fortgesetzter Drainage des Ductus hepaticus. Der dagegen erhobene Einwand, daß auch andere Organe, besonders Milz, Lymphknoten und Knochenmark als Sitz von Typhusbacillen denkbar sind, ist nach Verf. nicht stichhaltig; diese Annahme wurde durch die bisherigen Sektionsbefunde von Typhusbacillenträgern, abgesehen von einem einzigen Fall, nicht bestätigt. Verf. hatte seither noch zweimal Gelegenheit, bei Typhusbacillenträgern zu operieren. In dem einen Falle handelte es sich um eine 64 jährige Patientin, die unter dem Zeichen eines akuten Gallenblasenemphysems erkrankte. Bei der Operation fand sich die Gallenblase schon in ihrem Fundus perforiert. Wegen der Gefahr der Peritonitis wurde ein größerer Eingriff unterlassen. Nach Entleerung des großen Abscesses und Entfernung einiger Steine und erreichbarer Teile der vereiterten Gallenblasenwand wurde tamponiert und drainiert. Die Patientin genas. Der zweite Fall betraf eine 25 jährige Krankenpflegerin, bei welcher nach Ueberstehen eines Typhus nach einem halben Jahre im Stuhl wieder Typhusbacillen ausgeschieden wurden, und zwar, nachdem die Patientin mit Fieber, Ikterus und Schmerzhaftigkeit der Gallenblasengegend erkrankt war. Deshalb nahm Verf. die Exstirpation der mäßig verwachsenen Gallenblase vor. Diese hatte eine verdickte, mit kleinen Abscessen durchsetzte Wand, keinen Stein und enthielt trübe Galle mit Typhusbacillen in Reinkultur. Durch Hepaticusdrainage und unter Verabreichung von Natr. choleinicum wurde die gesamte Galle nach außen geleitet; die Galle enthielt stets Typhusbacillen in Reinkultur, in den ersten Tagen auch Streptokokken. Der Kot war stets entfärbt, frei von Typhusbacillen vom 15. Tage nach der Operation. Nach 5 Wochen wurde der Drain entfernt; die durch die Fistel fließende Galle wurde nun frei von Typhusbacillen. Die Fistel schloß sich allmählich; der Kot ist jetzt dauernd frei von Typhusbacillen. — Auf Grund dieser Erfahrungen erklärt Verf. die Cholecystektomie mit möglichst lange durchgeführter Hepaticusdrainage für berechtigt und angezeigt bei Typhusbacillenträgern, bei denen durch wiederholte Untersuchung Typhusbacillen im Blut und Urin nicht, wohl aber im Kot monatelang nach überstandenem Typhus nachgewiesen werden. R. L.

Geburtshilfliche Therapie.

Privatdozent Dr. **H. Fühner** (Freiburg i. B.): **Das Pituitrin und seine wirksamen Bestandteile.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 16.)

Injiziert man einem Kaninchen Pituitrin in die Ohrvene, so beobachtet man bald nach der Injektion Atmungsstillstand. Dieser geht, wenn die injizierte Menge ½—1 ccm beträgt, nach einiger Zeit vorüber und das Tier erscheint wieder vollkommen normal. Bei gleichzeitiger graphischer Registrierung von Blutdruck und Atmung beobachtet man am mit Urethan narkotisierten Kaninchen nach Injektion von 1 ccm Pituitrin in die Vena jugularis folgendes: Nach rasch vorübergehender Blutdrucksteigerung, welcher häufig ein ebenso rasch vorübergehender Atmungsstillstand parallel geht, sinkt der Blutdruck langsam, aber oft sehr tief ab, und die Pulse werden selten oder verschwinden zeitweise ganz. Während dieser Blutdrucksenkung atmet das Tier in den meisten Fällen. Wenn nun, was stets der Fall ist, die Herzpulse zurückkehren und der Blutdruck wieder zur Norm und bald darüber hinaus ansteigt, so werden die Atemexkursionen immer kleiner und kleiner und es tritt vollkommener Atmungsstillstand ein. Auf der Höhe der Blutdrucksteigerung oder schon früher setzt die Atmung wieder ein und zwar beginnen die Atemzüge ganz unmerklich und klein und erreichen erst allmählich wieder normalen Umfang. Injiziert man dem Versuchstier, nachdem die Blutdrucksteigerung vorübergegangen ist, von neuem 1 ccm Pituitrin, so beobachtet man nur noch schwache Blutdrucksteigerung, während die Blutdrucksenkung und mit ihr die Atemwirkung nicht mehr ausgelöst wird. Verf. fand nun, daß man durch Lösungen des β-Imidazolyläthylaminchlorhydrat am Kaninchen unter Umständen Blutdruck- und Atmungskurven erhält, die mit den Pituitrinkurven durchaus übereinstimmen. Das β-Imidazolyläthylamin (Histamin) ist ein Abbauprodukt des Eiweiß; es kann auch synthetisch hergestellt werden. Verf. glaubt nun nicht, daß das Histamin den wirksamen Bestandteil des Pituitrin darstellt, aber jedenfalls steht es diesem pharmakologisch sehr nahe. Es wirkt auch wehenerregend auf den Uterus. So lange der wirksame Bestandteil des Infundibularteils der Hypophyse nicht chemisch rein dargestellt ist, empfiehlt sich nach Verf. versuchsweise klinische Verwendung des β-Imidazolyläthylamins an Stelle des Pituitrins, weil hier eine leicht zugängliche, chemisch reine, exakt dosierbare Substanz vorliegt, während für die Hypophysenextrakte eine einfache Wertbestimmung bisher nicht bekannt ist.

Prof. **E. Kehrer** (Dresden): **Zur operativen Behandlung der Post-partum-Blutungen.** (Münch. med. Wochenschrift, 1912, No. 16.)

Daß in wirklich schweren Fällen von atonischer Blutung des Uterus post partum alle gebräuchlichen Mittel manchmal versagen, ist nach Verf. darin begründet, daß der total atonische Uterus sich allen Erregungsmitteln gegenüber refraktär verhält; kein einziges von allen Wehenmitteln vermag ihn zu beeinflussen. Nur im Stadium der Hypotonie, d. h. im Stadium der leichten Erschlaffung oder Ermüdung, ist der Uterus energischen Reizen noch zugänglich. Im Stadium der Hypotonie helfen mehr oder weniger alle energisch einsetzenden Wehenmittel. Hier kommt man mit intramuskulären Ergotininjektionen, mit Massage oder Kompression des Uterus aus; hier hilft schnelle Anregung der Herztätigkeit, kurzdauernde Aortenkompression (Momburg), Abklemmung der Uterina oder Arendtsche Zugmethode, die Gazetamponade des Uterus; hier gelingt es durch kurzdauernde heiße oder kalte Intrauterinspülungen mit starkem Kaliumpermanganat etc. oder eiskaltem Essigwasser die Blutungen zu stillen. Im Stadium der totalen Atonie hilft keines dieser Mittel; die Frau verblutet sich unter unseren Augen. In solchen verzweifelten Fällen hat man als letztes Hilfsmittel die Exstirpation des Uterus ausgeführt oder ihn nach Porro amputiert. Aber die vaginale Totalexstirpation ist zu zeitraubend und auch die Porrosche Operation scheint Verf. hierbei nicht recht geeignet. Der Uterus wird bei dieser in der oberen Cervix oder im untersten Corpus mit Gummischlauch stranguliert, die Cervix in die Bauchwand eingenäht resp. oberhalb des Gummischlauches durch zwei die Muskulatur durchstechende Nadeln fixiert und — bei klinischen Fällen sofort und bei poliklinischen nach Transport der Frau in die Klinik — das Corpus abgetragen. Verf. schlägt daher ein einfacheres Verfahren vor, das er bisher in einem Fall ausgeführt hat. Voraussetzung ist, daß Gazekompressen, Gummihandschuhe und auch das notwendigste Instrumentarium und Nahtmaterial in jedem Augenblick steril vorrätig sind, und daß 3—4 Minuten nach dem Entschluß zur Operation die Laparotomie begonnen werden kann. Zur Eröffnung der Bauchhöhle genügt ein ganz kurzer Längsschnitt, durch den sich der weiche, schlaffe Uterus nach Erfassen mit der Prüsemannschen Zange hindurchzwängen läßt. Doch kann auch der Operateur vom Douglas aus den Uterus in die Höhe drängen, während die beiden Hände des Assistenten durch Druck auf die seitliche untere Bauchgegend die Hervorwälzung des Uterus vor die Bauchdecken befördern. Eine Gazekompresse hindert den Austritt von Netz und Darmschlingen oberhalb des Uterus, und während die Hände des Assistenten schnell die Isthmusgegend mit den Uterinae fest umklammern, wird ein doppelter dicker Seidenfaden erst auf der einen, dann auf der anderen Seite von unten nach oben durch Fascie, Peritoneum parietale nahe dem unteren Wundwinkel, oberste Cervixwand, Peritoneum parietale und Fascie im oberen Teil der Bauchwunde durchgelegt. Bei der Knotung dieses Doppelfadens werden die Ligg. rotunda, die Uteringefäße, die seitliche Partie der Cervix und die Ligamenta infundibulo-pelvica mit den spermatikalen Gefäßbündeln gefaßt, mit einer dicken Ligatur also sämtliche seitlichen Gefäße des

inneren Genitale verschlossen. Durch eine dritte und vierte quergelegte Naht können am unteren und oberen Wundwinkel die vordere und hintere Cervixwand an Peritoneum und Fascie der vorderen Bauchwand fixiert und damit gleichzeitig Fascie und Peritoneum bis auf kleine, später mit Katgut zu vereinigende Stellen geschlossen werden. Nach Abtragung des Corpus, je nachdem Infektionsverdacht besteht oder nicht, mit Paquelin oder Messer und nach Anlegen von Michelschen Klammern an die Haut ist die Operation beendet. In dem Augenblick, in dem die beiden seitlichen Ligaturen geknotet sind, werden in die während des Bauchschnitts von einem Assistenten bereits freigelegte Vena mediana cubiti langsam etwa 1000 ccm physiologischer NaCl-Lösung infundiert, mit einem Zusatz von 0,3—0,4 ccm Suprareninum syntheticum Höchst, das mit der Pravazschen Spritze schräg in den der Kanüle benachbarten Teil des Gummischlauches injiziert wird. R. L.

III. Verhandlungen ärztlicher Gesellschaften

Berliner Medizinische Gesellschaft.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Sitzung vom 15. Mai 1912.

Vorsitzender: Herr Orth.

Tagesordnung:

Welche Indikationen für die innere und chirurgische Behandlung des Gallensteinleidens müssen wir auf Grund der neueren pathologischen Untersuchungen aufstellen?

Herr **Hans Kehr**: Bei der Behandlung seines Themas geht Vortragender nur von allgemeinen Gesichtspunkten aus und schildert nur in großen Zügen, wie er sich in der Frage: Abwarten oder Operieren? verhält. Was die Ergebnisse der neuen Forschung auf dem Gebiete des Gallensteinleidens betrifft, so legt Vortragender seinen Ausführungen das vortreffliche Werk des Pathologen Aschoff zugrunde, dem er mehr als 200 exstirpierte Gallenblasen zur Untersuchung überlassen hatte. Ist doch übrigens der pathologische Anatom die geeignetste Persönlichkeit, die imstande ist, die bestehenden Differenzen auszugleichen. Die Bedingungen, unter denen sich Gallensteine bilden, sind einmal die Stauung, dazu kommt dann ferner der steinbildende Katarrh, die Infektion (Aschoff). Der Cholesterinstein ist, wie Aschoff in der Einleitung seines Buches sagt, die Folge der Gallenstauung allein und bildet die Grundlage des einfachen nicht entzündlichen Gallensteinleidens; dadurch, daß der Cholesterinstein nicht selten zum Verschlußstein wird und die bakterielle Infektion der Blase erleichtert, wird er die Ursache der Gallenblasenentzündung und der Steinbildung, was für den Träger sehr verhängnisvoll werden kann. Man hat sich angewöhnt, im Auftreten der Steine die Krankheit zu sehen, demgegenüber muß man mit Aschoff betonen, daß die Steinbildung in jedem Falle etwas Sekundäres ist. Die Hauptaufgabe des Arztes ist es, die Entzündung zu beseitigen, den Stein hingegen in Ruhe zu lassen. Eine Therapie, die bei entzündlichem Gallensteinleiden nur auf die Entfernung und Auflösung der Steine gerichtet ist, ohne für dauernd gute Abflußverhältnisse der Galle zu sorgen, ist falsch und zwecklos. Alle unsere Maßnahmen müssen dahin zielen, nicht den Stein, sondern die Cholecystitis und Cholangitis zu beseitigen. Man stelle die Diagnose Gallensteine nur dann, wenn man die mit den Fäces abgegangenen Steine gesehen und chemisch untersucht hat, und mache dem Kranken klar, daß Verwachsungen und Entzündungen der Gallenblase dieselben Beschwerden machen wie Gallensteine, die nur eine Nebenrolle spielen und fehlen können. Kommt eine Operation in Betracht, so ist es nur die Cystektomie, welche der Forderung Aschoffs entspricht. Unter den 240 Fällen, die K. in Berlin operiert hat, ist keine einzige Cystostomie gemacht worden. Ist es doch klar, daß, wenn wir die Gallenblase erhalten, die Bedingungen für die Steinbildung etc. weiter bestehen. Der Hydrops der Gallenblase ist das Endprodukt einer einmaligen Gallenblasenentzündung und stellt eine Ausheilung dar. Das ist der Beweis dafür, daß die Gallenblasenentzündung ohne Fortschaffung des Steines ausheilen kann. In 80 pCt. von manifester Cholelithiasis ist die Operation nicht nötig, es genügt, die Infektion zu beseitigen und gute Abflußverhältnisse herzustellen, dann wird der Stein die Rolle des harmlosen Fremdkörpers spielen. Es kommt auch vor, daß bei ausgedehnter Geschwürsbildung in der Gallenblase späterhin eine ausgesprochene Narbenschrumpfung eintritt, so daß hier die Natur eine Art Ektomie der Gallenblase besorgt und die Heilung herbeiführt. Es wäre aber verfehlt, in jedem Falle darauf zu warten. Ueber die Indikationsstellung äußert sich Vortr. in kurzen Sätzen. Die Behandlung der einfachen Cholelithiasis ist Sache der internen Medizin; selbst wenn der Stein im Ductus cysticus oder an der Papilla duodeni eingeklemmt ist, gibt er keine Indikation zur Operation ab. Intern zu behandeln ist auch die akute Entzündung der Gallenwege, mit Ausnahme der Cholecystitis gangraenosa, sero-purulenta, acuta septica. Ferner alle chronischen Fälle, die Neigung zur Latenz haben (Hydrops, Obliteration), nicht aber die Fälle mit chronischem Empyem und Cholangitis. Aus absoluter Indikation müssen operiert werden die Fälle von Cholecystitis acutissima, sero-purulenta, Perforation der Gallenwege und beginnendem Gallenblasencarcinom; aus relativer Indikation sind diejenigen Fälle zur Operation zu empfehlen, wo durch das Leiden die Gesundheit dauernd geschädigt und die Lebensfreude dauernd in Frage gestellt ist. Voraussetzung ist, daß in letzteren Fällen alle Hilfsmittel der internen Medizin erfolglos angewandt worden sind.

Zum Schluß bespricht Vortragender das Gesamtresultat der von ihm ausgeführten Operationen am Gallensystem.

Es starben von 1866 Operierten 314 (16,8 pCt.). Nach Abzug der Fälle mit bakterieller Komplikation resultieren 1576 Fälle mit 86 Todesfällen (5,4 pCt.). Es folgt sodann eine Demonstration zahlreicher Präparate und Projektionsbilder.

Ueber den Verschluß der Bauchhöhle nach der einfachen Cholecystektomie.

Herr **Goldmann** bespricht das von Rotter geübte Verfahren, welches darin besteht, daß nach Exstirpation der erkrankten Gallenblase das Operationslager peritonealisiert und die Bauchhöhle geschlossen wird. Bedingung für die Anwendung des Verfahrens ist, daß kein Peritonealdefekt, keine Eiterung vorhanden ist und daß eine exakte Blutstillung vorgenommen wird. Systematisch angestellte Untersuchungen haben gelehrt, daß das unverletzte Peritoneum mit dem Infektionsstoff fertig wird.

Bei dem Rotterschen Verfahren ist dafür zu sorgen, daß nach Schluß der Bauchhöhle keine Sekretion aus der Gallenblase erfolgen kann. Das geschieht durch exakte Versorgung des Cysticus. Zunächst ist die subseröse Auslösung der Gallenblase erforderlich; bei dieser wird eine Eröffnung von Gallenwegen verhindert und eine exakte Blutstillung ermöglicht. Der Serosalappen wird dann durch Naht vereinigt. Der peritoneale Ueberzug des Cysticus wird dann gespalten, der Cysticus bis zum Eintritt in den Choledochus isoliert, an beiden Enden doppelt unterbunden und durch Vereinigung beider Ligaturen spitzwinklig geknickt. Ist über dem Cysticusstumpf das Peritoneum vernäht, dann kann die Bauchhöhle unbedenklich geschlossen werden. Die Methode ist auch anwendbar bei Infektion in der Gallenblase und auch dann, wenn während der Operation infektiöser Inhalt der Gallenblase in die Umgebung gelangt ist; man darf indes in solchen Fällen nur das Peritoneum ungestraft schließen; die Muskulatur vereinige man durch Knopfnähte und tamponiere die Zwischenräume. Bei Schrumpfung der Gallenblase ist eine Trennung der Gewebsschichten schwierig; bei frischer Entzündung ist sie leicht, dagegen ist es schwierig, die Serosaränder zu vereinigen. Wenn die Versorgung und Uebernähung des Cysticus nicht gelingt, eine Leberblutung nicht zu stillen ist oder eine eitrig infizierte Stelle sich zeigt, die zur Sekretion Anlaß geben kann, in diesen Fällen, die in einem Drittel der Cystektomie vorkommen, kann man auf die Tamponade nicht verzichten. Bisher sind nach dem Rotterschen Verfahren 95 Kranke behandelt worden, ohne daß einer einen Schaden von ihr davongetragen hat. 78 mal handelte es sich um aseptische und 16 mal um infizierte Fälle. Die Vorzüge der Methode sind erstens die kurze Dauer der Wundheilung. Die Patienten konnten schon nach 8—14 Tagen das Bett verlassen, während bei der Tamponade 3—4 Wochen darüber vergingen. Ferner ist der Wundverlauf bei den zugenähten Fällen einfacher und leichter. Durch das Verfahren wird der Eintritt intraperitonealer Verwachsungen verhütet, die später Anlaß zu Beschwerden geben. Endlich kommen bei ihm seltener Hernien nach der Operation vor. Britzmann.

Verein für innere Medizin und Kinderheilkunde.

(Eigenbericht der „Allgem. Mediz. Central-Zeitung".)

Pädiatrische Sektion.

Sitzung vom 3. Juni 1912.

Vorsitzender: Herr Baginsky.

Tagesordnung:

Ueber Verwendung konservierter Ammenmilch zur Ernährung von Säuglingen.

Herr **Peiser**: Ueberschüssige Ammenmilch ist auf Säuglingsstationen ein kostbares Nährmaterial, verdirbt aber sehr rasch, selbst im Eisschrank. Dem Schwanken der relativen Menge der Ammenmilch ist nur durch Vermehrung der Ammenzahl oder Konservierung überschüssiger Ammenmilch abzuhelfen. Der zweite Weg ist ökonomisch besser aber erst jetzt möglich, seitdem Meyerhofer und Pribram in Wien eine erfolgreiche Methode angegeben haben. Vortr. ist ihnen mit gutem Ergebnis auf der Berliner Säuglingsstation gefolgt.

Auf 200 ccm Ammenmilch kommen 4 pCt. Perhydrol Merck und 0,2 Calciumsuperoxyd (Calcodat). Sie werden in Soxhlet-Flaschen auf eine Temperatur von 50° C. gebracht und dabei ½ Stunde belassen. Durch die Katalase der Milch spaltet sich

H_2O_2 und Calciumhyperoxyd. O wird frei und entweicht durch den Spalt der Gummikappe. Es empfiehlt sich, die Flaschen mehrmals umzuschütteln. Meyerhofer und Pribram haben ins Spital gebrachte Frauenmilch verwandt. Vortr. hat zum hiesigen poliklinischen Publikum nicht das Vertrauen, die Milch frisch und unverfälscht zu erhalten.

Die Milch reagiert frisch alkalisch. Alle zwei Tage erfolgt ein Zusatz von 2 Tropfen Perhydrol; O mußte in statu nascendi bei 50° eindringen. Bei amphoterer Reaktion wurden 0,2 Calcodat zugesetzt. Die Reaktion wurde alkalisch.

Vor der Verfütterung wurde nochmals untersucht; nur ausnahmsweise reagierte die Milch amphoter; aber trotz besonderer Aufmerksamkeit wurde auch bei diesen Säuglingen niemals ein Schaden festgestellt. Die H_2O_2-Methode setzt die Zahl der Milchkeime wesentlich herab; aber eine absolute Sterilität ist nicht erforderlich und auch bei der frisch abgestrichenen Ammenmilch nicht vorhanden.

Als Ursache für die Reaktionsänderung wurde Fettspaltung nachgewiesen; eine nennenswerte Zuckervergärung kam nicht in Frage. Trotz der Fettspaltung (mit Nilblausulfat nachgewiesen) hat die Milch nicht geschadet. Die Haltbarkeit der einzelnen Portionen war verschieden, ohne daß eine Gesetzmäßigkeit bestand. Fettreichere Portionen blieben weniger lange alkalisch, frisch verarbeitete oft lange. Die älteste Milch war 52 Tage alt. Mit zunehmendem Alter wird sie dumpfer, schärfer, ranzig. Dennoch wurde sie von den jüngeren Kindern nicht zurückgewiesen; ältere lehnten sie ab. Aeltere Milch scheint in der Rekonvaleszenz von Darmkatarrhen besser als frische zu wirken. Oft schien die Zahl und dünne Konsistenz der Stühle nachzulassen. Hier wirkt wohl der Calciumzusatz.

Ein größeres Depot von konservierter Ammenmilch anzulegen, das an außerhalb der Heime lebende Säuglinge Milch abgeben könnte, scheitert an den Unkosten. Im Betriebe einer geschlossenen Anstalt ist es aber nicht teuer und andererseits recht segensreich.

Diskussion:

Herr **Tugendreich** tritt für die Konservierung der Milch nur durch Eis ein.

Herr **Peiser**: Im Prinzip steht dem nichts entgegen. Praktisch bestehen aber große Hindernisse. Vortr. konnte Ammenmilch auf Eis nur 4—6 Tage lang gebrauchsfähig erhalten. Die Forderung, die Milch in sterile Gefäße abzustreichen, läßt sich im Säuglingsheim bei Ammen nicht durchführen. — Das Verfahren ist nicht eingreifend.

Ueber eine Beteiligung der Kinderärzte an der internationalen Ozaena-Sammelforschung.

Herr **A. Alexander** (a. G.): Die Ozaena ist quoad vitam harmlos, aber in sozialer Beziehung unheimlich. In der Pubertät erst nachweisbar, ist ihr Beginn nicht feststellbar. Die Kranken fühlen sich in jeder Beziehung zurückgesetzt. Wir wissen noch gar nichts über das Wesen, die Symptomatologie und Aetiologie des Leidens. Seit den ältesten vorbiblischen Zeiten sind bereits zahllose Hypothesen veröffentlicht. Deshalb beschloß der internationale Laryngologenkongreß eine Sammelforschung, um sie als Volkskrankheit zu studieren. In Spanien und spanisch sprechenden Gegenden ist sie sehr häufig, besonders in den Madrider Nasenkliniken; in New York selten, ist sie in Ohio häufig; die Leute an der Seenkette sind stärker als die im Binnenlande befallen; in Norditalien ist sie viel häufiger als im Süden; das wissen wir von den Rhinologen. Es soll eine Weltkarte zeigen, ob es Zentren der Krankheit gibt; hierzu kommt die Frage nach der Heredität oder der infektiösen Uebertragung. Bisher fand man keinen Erreger. Es sollen von allen Familien der Kranken Stammtafeln aufgestellt werden.

Zum Studium des Beginns des Leidens ist die Hilfe der Aerzte, besonders der Kinderärzte, nötig. Denn es gibt nicht nur kranke Kinder von kaum 10 Jahren, sondern oft sollen sie schon von Geburt an eine Schmutznase gehabt haben. Von dem Latenzstadium wissen wir gar nichts.

Von den Säuglingen kommen solche mit angeborenem oder erworbenem Nasenfluß in Betracht; sie sollen nach Wassermann untersucht werden; die Ozaena syphilitica soll aber sonst ausgeschlossen bleiben. Dazu kommt die Untersuchung des mütterlichen Vaginalsekrets auf Gonokokken, ebenso wie die des kindlichen Nasensekretes. Der Befund muß jahrelang kontrolliert werden. Besonders in Kinderkrankenhäusern, Säuglingsheimen etc, wird sich reichliches Material finden. Bakteriologische und serologische Untersuchung wollen die staatlichen und städtischen Institute und Untersuchungsämter vornehmen. Jeder Arzt kann sein Material der Ozaena-Sprechstunde des Komitees überweisen. Auch aus den Ozaena-Familien stammende Säuglinge sind zu überwachen. Das gleiche gilt von den schulpflichtigen Kindern, wo die Schulärzte wertvolle Hilfe leisten können. In einem Merkblatt werden jedem Arzt alle Daten übersichtlich vorgelegt werden; einem jeden steht frei, sich an der Ozaena-Sprechstunde zu beteiligen. Auch auf die fötale Rachitis wird Rücksicht genommen werden, wenngleich eine fötale Ozaena noch nicht bekannt ist.

Die Erlangung einwandfreien Sektionmaterials ist von größtem Werte. Erkrankungen der Schädelknochen, fast immer vorhanden, lassen sich nur an der Leiche studieren; auch auf die Nasennebenhöhlen ist zu achten; da die Ozaena an der Leiche nicht sicherzustellen ist, so müssen die Kinder im Krankenhause einige Zeit vor ihrem Tode untersucht werden. Ein Sektionsschema besteht schon; die Prosektoren sind bereit.

Diskussion:

Herr **Cassel**: Die städtische Verwaltung hat bereits die Leiter der Säuglingsfürsorgestellen usw. zur Mitarbeit aufgefordert; es wird aber das rhinologische Material durch Fachleute gesichtet werden müssen.

Herr **Alexander** (Schlußwort): Die Untersuchungen ante mortem betreffen Kinder, die z. B. im Spital mit Tuberkulose und ähnlichen langwierigen Leiden liegen und bald zur Sektion kommen. Es sind bisher nur 30 einschlägige Sektionsfälle veröffentlicht worden; kaum einer ist beweiskräftig. Die gynäkologische Untersuchung wird verschwindend wenige Fälle betreffen. Nasengonorrhoe dürfte sehr selten sein; aber der Gedanke zieht sich durch die ganze Literatur; er soll endlich endgültig erledigt werden.

Unterernährung im Säuglingsalter und Ernährungstechnik.

Herr **Rosenstern**: Bei der ländlichen und der armen Stadtbevölkerung wird in der Ueberernährung der Säuglinge reichlich gesündigt. Daher erscheint eine energische Propaganda für knappe Ernährung dringend erwünscht. Aber Einseitigkeiten können dieses System diskreditieren. Des Hungers der Säuglinge tut kein Lehrbuch Erwähnung. Allmählich werden Stimmen gegen die knappe Ernährung laut. So besteht die Gefahr, in das Gegenteil zu verfallen. Variot eifert gegen das Nourrissement insuffisant. Neben den Gefahren der Ueberernährung ist auch der des Hungers zu gedenken. Unterernährung gibt es bei Infekten, chronischem Erbrechen, Durchfällen. Sehr häufig werden aber Hungerkuren wegen alimentärer Prozesse, z. B. Dyspepsie, Erbrechen, Flatulenz und Unruhe bei jüngeren Brustkindern eingeleitet, wo oftmals gar keine Ueberernährung besteht. Gerade bei Dyspepsie nach parenteralem Infekt ist eine Hungerkur gefährlich; das gleiche gilt von der Dekomposition; 12 Stunden Hunger können hier schon den Exitus herbeiführen. Desgleichen sind geringe, allmählich steigende Nahrungsmengen und Hungertage bei Ernährungsstörungen unzweckmäßig.

Was tut man gegen den Hunger? Des Vortr. Material bestand aus den modern ernährten, nicht überernährten Kindern der Berliner Säuglingsstation, ein der Praxis aurea der Großstadt gleiches. Die Ammen, Primaparae vom Lande, kamen 14 Tage nach der Entlassung aus dem Wöchnerinnenheim etc. auf die Station. Sie legten ihre Kinder 5 mal an, bisweilen noch ein Kind daneben. Meist keine künstliche Ernährung.

Dennoch fanden sich viele Säuglinge, die unterernährt waren. Nur 18 von 50 tranken in der ersten Woche genug. Meist blieb das Gewicht stehen oder nahm ab. Von Hypogalaktie war keine Rede. Die Ammen konnten nach dem Trinken 400 g Milch abdrücken. Es lag eben an den Kindern. Zuerst hungrig, trinken sie heftig, um bald zu erlahmen und einzuschlafen; sie sind schwer munter zu machen und trinken nur wenig. So ist es bis zur 6. Woche. Aeltere Kinder spielen oft, statt zu trinken; sie sind trinkfaul. Andere ziehen kräftig und nehmen doch wenig zu sich; hier ist wohl technische Ungeschicklichkeit schuld. Klinisch sind sie ruhig, schlafen viel und schreien wenig.

Rietschel (Dresden) empfahl, zuerst häufiger zu stillen. Dann wird die Nahrungsaufnahme genügend; z. B. gibt Vortr. 8 statt 5 Mahlzeiten. Das ist aber schon nach 2 bis 3 Wochen nicht mehr nötig.

Zuweilen ist die Trankfaulheit nur sekundär. Die Mütter sollen immer nach dem Trinken viel Milch abdrücken. Pepsin-HCl ist in leichten Fällen zweckmäßig, dann vorsichtiges Allaitement mixte, Flaschen mit kleinem Saugloch für 14 Tage.

Auch das gesunde künstlich genährte Kind ist nicht selten unterernährt. Das gilt für Kinder, die zu stark verdünnte Nahrung bekommen; die entsprechend nötigen Mengen können sie nicht austrinken. Hier sind entweder größerer Zuckergehalt und konzentriertere Nahrung oder häufigere Mahlzeiten zu geben; das ist auch hier bis zur 4.—5. Woche nötig.

Die Praxis erfahrener Mütter und Pflegerinnen empfiehlt nach dem Stillen das Aufnehmen der Kinder, um sie aufstoßen zu lassen, als Mittel gegen das Speien. Das ist, wie manche Aerzte glauben, durchaus keine Unsitte. Denn oft werden die Kinder rot, der Leib stark und hart; nach dem Aufsetzen stoßen sie oft viel Luft aus, zumal in den ersten Monaten, wenn die Nahrung stark verdünnt ist. Das konnte Vortr. an einem Fall drastisch beweisen. Das ist eine der Minderwertigkeiten der Anstaltspflege gegenüber der Einzelpflege. Denn eine Pflegerin hat mehrere Kinder zu versorgen und weiß nicht, wann bei jedem der Moment zum Aufstoßen da ist.

Wichtiger ist der Hunger beim kranken Kinde; zumal bei Infekten etc. addiert sich zur Grundkrankheit der Hungerschaden. Erhebliche Abnahme und Beeinträchtigung des Befindens sind die Folge. Hier sind häufigere Mahlzeiten, rektale Instillation oder subkutane Infusion am Platze.

Wenig gewürdigt ist die Darreichung konzentrierter oder kondensierter Nahrungsgemische, z. B. der Alpenmilch. Sie sollte nur älteren Kindern verabreicht werden; sie kann durch gärungswidrige Nahrung ersetzt werden. Der konzentrierten Eiweißmilch wird nicht Wasser zugesetzt; sie besteht aus 1 l Buttermilch und Käse und 2 l Milch. In schweren Fällen stand die sinkende Gewichtskurve danach still oder stieg an. Partielle Nahrungsverweigerung kommt z. B. in bezug auf Flüssigkeit vor. Nervöse Säuglinge im 2. Halbjahr trinken oft nach einer Infektion keine Flüssigkeit mehr oder es folgt starkes Erbrechen. Hier gibt man feste oder konzentrierte Nahrung und ergänzt das fehlende Wasser durch Rektalklysmen. Bisweilen erfolgt bei konzentrierter Nahrung eine Störung, weil das Wasser nicht gedeckt war.

Isolierte Verweigerung fester Nahrung kommt physiologisch bei der ersten Verabreichung fester Kost vor. Das hängt vom Alter ab; je jünger das Kind, desto größer die Schwierigkeit. Man sollte schon im 4.—5. Monat damit beginnen. Groß sind die Schwierigkeiten bei Hydrocephalie leichten Grades, Rachitis und Frühgeborenen. Es kommt zu Aufregung und Cyanose; hier ist oft nicht der Hydrocephalus, sondern Spasmophilie die Ursache. Den Oesophagismus konnte Vortr. öfter durch Lebertran beseitigen.

Diskussion:

Herr **L. Meyer** betont die Wichtigkeit der Deckung des Wasserbedarfs auch beim Brustkind. Kinder, die ohne Wasserzufuhr bei konzentrierter Nahrung gedeihen, sind selten. Denn es entsteht das Durstfieber unter Abnahme; es schwindet bei Wasserzusatz. Es ist wichtig gegenüber den Erkrankungen im Sommer. Der Schweiß dieser Kinder setzt ihre Nahrung der konzentrierten gleich. Pro Kilo Kind soll man meist 120—190 g Wasser pro die geben; das ist besonders bei debilen Kindern wichtig. Meist sind 150 g pro Kilogewicht nötig, damit das Kind bei konzentrierter Nahrung gedeiht. Mode.

VII. Demonstrationsabend des Charlottenburger Aerzte-Vereins am 2. Mai 1912.

(Offizieller Bericht.)

(Schluß.)

Herr **Baron** demonstriert **einen Säugling mit abgeheilter Polyarthritis gonorrhoica.** Im Eiter wurden Gonokokken kulturell nachgewiesen. Es fand sich nirgends eine Eingangspforte für die Gonokokken. Solche Fälle sind auch bereits in der Literatur beschrieben. Unter Bierscher Stauung und heißen Sandsäcken trat völlige Heilung mit normaler Beweglichkeit ein.

Herr **Georg Müller** stellte einen Fall von **Luxatio centralis femoris** vor. Diese Verletzung, welche darin besteht, daß der Schenkelkopf durch die Pfanne ins kleine Becken getrieben wird, ist im ganzen bis jetzt 38 mal beobachtet worden. Der vorgestellte Fall ist noch dadurch besonders interessant, als die klinischen Erscheinungen so geringe waren, daß die verhältnismäßig schwere Verletzung lange übersehen wurde, bis ein Röntgenbild Aufklärung schaffte. Während die übrigen Fälle mit den schwersten Symptomen, wie Darm-Nierenblutung etc., einhergingen und zum Teil mit Exitus endeten, war von allem diesen im vorliegenden Falle hier nichts zu beobachten; auch der Gang war nur wenig gestört. Das vorgelegte Röntgenbild zeigt einen großen Teil des Kopfes im kleinen Becken stehend und Knochensplitter in seiner Umgebung.

Herr **Taendler** stellte einen Fall von **hartem traumatischen Handrückenödem** vor. Die Verletzung, welche die Erkrankung hervorrief, liegt bereits 6 Jahre zurück und war sehr geringfügiger Natur. Trotz intensivster, fast dauernder Behandlung verschlimmerte sich der Zustand von Jahr zu Jahr, so daß nunmehr die Hand als völlig unbrauchbar zu bezeichnen ist.

Der Fall unterscheidet sich von den wenigen bisher in der Literatur beschriebenen hauptsächlich durch seine außerordentliche Schwere, ferner dadurch, daß im Gegensatz zu den anderen Fällen auch der Daumen und der Vorderarm mit ergriffen ist, und durch die fast völlige Anästhesie der Hand und des Vorderarmes. Der Vortragende resümiert sich dahin, daß das Typische für diese Erkrankung die relativ geringfügige Verletzung und das stetige Fortschreiten der Verschlimmerung anzusehen ist. Operative Eingriffe ließ der Verletzte nicht zu, so daß das Vorhandensein eines entzündeten Schleimbeutels oder einer Knochenerkrankung nicht nachgewiesen werden konnte. Aus demselben Grunde konnten auch histologische Untersuchungen nicht gemacht werden. Mehrere Projektionsbilder erläuterten das Fortschreiten der Schwellung im Laufe der Jahre.

Diskussion:

Herr **Mosenthal** (Berlin): Meine Herren! Ich möchte Ihnen ebenfalls über einen Fall von traumatischem harten Handrückenödem berichten, bei dem die Schwellung allerdings lange nicht so groß war, wie bei dem eben vorgestellten Falle. Es handelte sich um einen 30jährigen Arbeiter, der im Oktober 1910 einen Unfall erlitten hatte; es war ihm ein eiserner Kran auf die Schulter gefallen. Außer einigen Frakturen am Schlüssel- und Nasenbein kam es zu einer partiellen Lähmung im rechten Plexus brachialis. Auf näheres will ich nicht eingehen, Ihnen nur mitteilen, daß sich allmählich eine harte Geschwulst über der Mitte des Handrückens bildete. Bei den schon bestehenden Anästhesien konnte eine Aenderung in der Sensibilität nicht festgestellt werden, nur war die harte Geschwulst überaus empfindlich. Alle konservativen Maßnahmen, heiße Luft, Elektrizität, Fibrolysin, waren absolut erfolglos. Ich ging darauf April 1911 operativ vor; nach Längsschnitt über dem Handrücken zeigte sich die Geschwulst als eine dicke, frei vom Knochen abhebbare Schwarte, in die die Sehnen des 3. und 4. Streckers eingebettet waren. Die Schwarte wurde möglichst total entfernt und die Sehne freigelegt. Die entfernten Massen bestanden aus reinem Bindegewebe. Meiner Meinung nach handelt es sich in diesem, wie vielleicht auch in den anderen gleichartigen Fällen um bindegewebige Entartungen und Wucherungen der Sehnenscheiden, entstanden auf tropho-neurotischer Basis. Patient ist geheilt und bis zum Oktober 1911, wo ich ihn das letzte Mal sah, auch rezidivfrei geblieben.

Herr **Manfred Fränkel: Die Röntgenbehandlung in der Gynäkologie.** (Ist als Originalarbeit in No. 23 dieser Zeitschrift erschienen.)

Herr **Emmo Schlesinger** stellt das **Röntgenbild eines totalen Magenspasmus** vor, der während eines Gallensteinkolikanfalls aufgetreten ist. Diagnostisch ist der Fall deshalb von Bedeutung, weil er entgegen der bisherigen Annahme, daß es sich bei dem „Magenkrampf“ während der Kolik nur um eine Irradiation von Schmerzen handelt, zeigt, daß sich — reflektorisch — am Magen wesentliche objektive Veränderungen vollziehen, die Schmerzen, Brechneigung und eine durch die intensive Kontraktion der Muskeln veranlaßte Resistenz hervorrufen. Der Fall ist anscheinend die erste Beobachtung dieser Art.

Herr **A. W. Samson: Künstlicher Pneumothorax bei Lungentuberkulose.** (Ist als Originalarbeit in dieser Nummer abgedruckt.)

Herr **Mosenthal** (Berlin): **Steine und Steinschatten inner- und außerhalb des uropoetischen Systems im Röntgenbilde.** (Demonstration von Röntgenaufnahmen.)

Meine Herren! Ich zeige Ihnen zunächst einige Bilder von teils großen, isolierten Steinen, teils ganzen Steinmassen in der Niere und im Nierenbecken. Die Röntgenuntersuchung bei der Feststellung der Diagnose „Nieren- oder Ureterstein“ ist ein unentbehrlicher Faktor geworden, ja wir müssen heutzutage die Forderung soweit stellen, daß wir nicht nur die Niere, sondern selbst bei positivem Steinbefund den Harnleiter bis in die Blase mitphotographieren. Denn wir haben die trübe Erfahrung machen müssen, daß in Fällen, wo wir einen Nierenstein festgestellt haben und wo keinerlei Symptome für einen tiefsitzenden Ureterstein vorhanden waren, letzterer bei der Nierenoperation übersehen wurde und Patient sich kurze Zeit später einer zweiten Operation unterziehen mußte, die hätte vermieden werden können. (Demonstration von Bildern von Nieren- und gleichzeitig vorhandenen Uretersteinen.) Bei der heutigen Technik können wir nicht nur mit Sicherheit alle Steine außer den reinen Uratsteinen auf die Platte bringen, sondern sind auch häufig in der Lage, die Konturen der steinlosen Niere durch das Photogramm festzustellen. Wo dies nicht gelingt und wo wir Interesse haben, die genaue Lage der Niere resp. den Verlauf des Harnleiters uns zu Gesicht zu bringen, führen wir einen mit Wismut strichweise imprägnierten Katheter ein, der uns nicht nur dies beides dokumentiert, sondern uns auch bei vorhandenen Steinen die Sicherheit gibt, ob die gesehenen Steinschatten innerhalb oder außerhalb des uropoetischen Systems liegen. (Bilder.)

Eine weitere Methode, um nicht nur den Verlauf des Harnleiters, sondern auch sein Volumen und auch die Gestalt und Ausdehnung des Nierenbeckens zu demonstrieren, ist die Injektion von 10 proz. Collargol durch den Ureterkatheter, jedoch sollte man diese Methode, die schöne Bilder gibt, nur anwenden, wenn man sich vorher überzeugt hat, daß kein Stein vorhanden ist, sonst kann es passieren, wie ich dies bei einem Fall erlebt habe, daß durch das Collargol ein Stein im Nierenbecken verdeckt und erst später aufgefunden wurde, nachdem die Patientin von ihren Beschwerden nach einer ersten Operation wegen Ovarialcyste nicht befreit war. (Demonstration von entspr. Bildern von Stein- oder steinähnlichen Schatten, deren Lokalisation erst durch den Bi-Katheter festgelegt wurde.)

29. Deutscher Kongress für innere Medizin

vom 16. bis 19. April 1912 zu Wiesbaden.

Referent: Herr K. Reicher (Bad Mergentheim).

(Fortsetzung.)

Herr **Glaessgen jun.** (Münster a. St.): **Die Wirkung der natürlichen Radiumbäder und ihre Anwendung.**

Vortr. empfiehlt auf Grund ausgedehnter und exakt angestellter Versuche für rheumatische Erkrankungen, Myalgien

Ischias und Neuralgien die Kombination von natürlichen Radiumbädern mit Emanatoriumbehandlung, verwirft dagegen bei Myokarditis, Herzneurosen und Arteriosklerose die künstlichen Radiumbäder und Emanatorien, hält vielmehr für diese Gruppe die natürlichen Radiumbäder für indiziert. Bei letzteren ist angesichts des starken Hautreizes eine niedrige Temperatur zu wählen und eine Dauer von 40 Minuten zur Vermeidung allzugroßer Uebermüdung nicht zu überschreiten.

Diskussion:

Herr **Gerke** (Gastein) lenkt die Aufmerksamkeit auf die Wirkung der negativen Luftelektrizität in der Nähe des Gasteiner Wasserfalles.

Herr **Kemmen** (Kreuznach) verweist auf seinen Vortrag über Blutuntersuchungen bei der Radiumtrink- und Inhalationskur auf dem Balneologenkongreß. Bei weiteren Blutuntersuchungen fand sich ein Emanationsgehalt von 40 Macheeinheiten pro Liter Luft im Inhalatorium, also ein Quotient von Blut zu Luft von ½. Bei der Blutentnahme muß das Blut behufs Vermeidung von Entgasung des bereits angesogenen Blutes mit dem Kolben des Stempels in inniger Berührung bleiben. Umgekehrt kann bei Benutzung eines evakuierten Glaskolbens ein zu hoher Emanationsgehalt des Blutes vorgetäuscht werden. Blutuntersuchungen bei Emanationsbädern mit 100 Macheeinheiten pro Liter Wasser ergaben nach einem vierstündigen Bad in 1000 g Blut etwa 4 Macheeinheiten, nach einstündigem Bad 9½ Macheeinheiten, also eine ganz unerwartet hohe Zahl, wie sie bei der Trink- oder Inhalationsmethode nur bei sehr hohen Dosen zu erzielen ist.

Herr **van den Velden** (Düsseldorf): Durch jede Gasinhalation wird die Gerinnungsfähigkeit des Blutes verringert. Die Radiumwirkung hat also in dieser Beziehung nichts Spezifisches an sich.

Herr **Strasburger** (Breslau): Man kann auf den verschiedensten Wegen genügende Emanation in den Körper bringen, muß sich aber von der unbewiesenen Hypothese freimachen, daß es nur im Radiumemanatorium zur Blutanreicherung kommt. Auch die äußere Applikation sollte man nicht vernachlässigen.

Herr **F. Kraus** (Berlin): Die Gefahren der Thoriumtherapie haben uns veranlaßt, nur von biologischen, allerdings sehr überraschenden Wirkungen zu sprechen, die wir aber zu untersuchen verpflichtet sind, nicht von therapeutischen. Man soll jedoch aus dem vorgetragenen Material nicht den Eindruck gewinnen, daß das Thorium X nur eine zerstörende Wirkung entfalte. Den Leukämikern geht es sehr gut, und daß auch eine Reizung vorhanden, beweist das Verhalten der perniciösen Anämie.

Herr **Rumpel** (Hamburg) hat weder bei Gicht, noch bei chronischem Gelenkrheumatismus besondere Erfolge von der Radiumbehandlung gesehen.

Herr **Plesch** (Berlin) [Schlußwort]: Die γ-Strahlenmessung würde zu niedrige Werte ergeben, auch ist das Verhältnis der γ- zu den α-Strahlen zwar beim Radium, dagegen nicht beim Thorium bekannt. Man bleibt daher vorläufig besser bei der Messung der α-Strahlen. Die unangenehmen Nebenwirkungen sind nicht auf das Radiothorium zurückzuführen.

Herr **Gudzent** (Berlin) [Schlußwort]: Die Anreicherung im Blute ist im Nernstschen Institut von Marckwald und Bennewitz wiedergefunden worden und ebenso von Kionka (Jena) bei Versuchen außerhalb des Körpers.

Herr **Falta** (Schlußwort) hat bei einer großen Zahl von Injektionen niemals Nekrosen der Haut gesehen und glaubt, mit einer Höchstdosis von 1,2 Millionen Macheeinheiten in Zukunft auskommen zu können.

Herr **Lazarus** (Schlußwort): Strasburger und Kemen haben meine Untersuchungen über die Anreicherung im Blute bestätigt, ebenso neuerdings Wiechowski und Knaffel, welche durch Radiumemanation selbst in großen Mengen weder eine Löslichkeitsvermehrung noch eine Zersetzung des Mononatriumurats hervorrufen konnten.

Herr **Bürker** (Tübingen): **Methodisches zur Blutuntersuchung.**

Vortr. erläutert die Anwendung und Konstruktion eines neuen von ihm angegebenen und bei Zeiss angefertigten Apparates zur Zählung der Blutkörperchen und zur qualitativen und quantitativen Hämoglobinbestimmung.

Herr **van den Velden** (Düsseldorf): **Klinisch-experimentelle Untersuchungen bei Hämophilie.**

Keines der gebräuchlichen Mittel vermag die Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei Hämophilie auf die Dauer zu erhöhen.

Diskussion:

Herr **Sternberg** (Wien) gibt zu erwägen, ob die chemische Auffassung der Hämophilie die einzig maßgebende sei, da er selbst eine außerordentlich hypoplastische Aorta und ungemein enge Gefäße in einem Falle beobachtete und eine große Zahl ähnlicher Befunde in der Literatur niedergelegt ist.

(Fortsetzung folgt.)

41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 10. bis 13. April 1912 zu Berlin.

Bericht von Privatdozent Dr. M. Katzenstein (Berlin).

(Fortsetzung.)

Herr **Wilms: Thorakoplastik bei Lungentuberkulose.**

Auf Grund seiner Erfahrungen an 12 einschlägigen Fällen (operative Mortalität 0 pCt.) kommt Wilms zu folgenden Schlußsätzen: Für die chirurgische Behandlung eignen sich im wesentlichen Fälle mit einseitiger chronischer Erkrankung, bei denen die Lungenschrumpfung durch Retraktion des Thorax ausgeprägt ist, aber trotz der ausgesprochenen Retraktion rezidivierende Blutungen, starker Reizhusten oder reichlicher Auswurf besteht. Ist nur der Oberlappen beteiligt, so kann sich die Kompression auf den Oberlappen beschränken (paravertebral 5.—6., parasternal 3.—4. Rippe). Daß die Operation bei reiner Kompression des Oberlappens die Ausbreitung der tuberkulösen Erkrankung im Unterlappen befördert, ist unmöglich. Bei gleichzeitiger Beteiligung von Ober- und Unterlappen (hierzu gehören die meisten der operierten Fälle) bedarf es der Stückchenresektion, paravertebral von wenigstens 7—8, parasternal 5—6 Rippen.

Die Verkleinerung des Lungenvolumens geschieht nicht nur durch Einsenken der Rippenbögen bei dieser Art von Pfeilerresektion, sondern auch durch Herunterfallen und Annäherung der Rippen untereinander. Demonstration von einschlägigen Fällen im Röntgenbild und Photographien ergibt, daß trotz der starken Einwirkung des Thorax äußerlich keine stärkere Deformität entsteht.

Je ausgedehnter der Prozeß speziell im Unterlappen ist, desto vorsichtiger soll der chirurgische Eingriff ausgeführt werden, jedenfalls auf zwei Sitzungen verteilt, evtl. sogar auf drei. Zwischen den einzelnen Eingriffen sollen bei schweren Fällen längere Zwischenräume liegen, von 6 bis 8 Wochen, damit sich die Lunge nach Erledigung des ersten Eingriffes an die neue Sachlage gewöhnt.

Der direkte Erfolg nach der Operation ist meist ein eklatanter, indem Husten und Auswurf wesentlich zurückgehen, ja in manchen Fällen direkt verschwinden. Natürlich bedarf es auch nach der Operation aller der günstigen Heilmittel für die Tuberkulose, wie sie auch sonst in Anwendung sind, da ja der chirurgische Eingriff an sich nur die Disposition und Heilungsmöglichkeit verbessert. Inwieweit diese Thorakoplastik nach Wilms in kleinerem Umfange als Frühoperation in Frage kommt, läßt sich noch nicht entscheiden, jedenfalls würde sie evtl. auch eine Beschränkung auf die drei obersten Rippen hinten und zwei obersten vorne eher imstande sein, den primär erkrankten Herd der Lunge, der bekanntlich am häufigsten in Höhe des zweiten Intercostalraumes sich befindet, zu komprimieren, als das vielleicht mit der Entfernung der ganzen oberen Rippe (Henschen) oder durch die Freundsche Operation allein, wie das von Henschen vorgeschlagen, möglich ist. Der auf die Spitze beschränkte Eingriff würde wohl auch der Anlegung eines Pneumothorax in den Fällen vorzuziehen sein, wo letzterer wegen bestehender breiterer Adhäsionen schon vorhandene Cavernen nicht zu komprimieren vermag. Das Röntgenbild, das über diese Fälle gewöhnlich sehr gut Aufschluß gibt, zeigt, daß leider manche Fälle von Pneumothorax gerade den Hauptherd der Spitzentuberkulose nicht direkt beeinflussen können. Die frühzeitige Adhäsion der erkrankten Lungenpartie, die bedingt ist, durch frühzeitige Beteiligung der Lymphbahnen sowohl innerhalb der Lunge wie auf der Pleura, beeinträchtigt wesentlich den Erfolg der Pneumothoraxtherapie, und in dieser Richtung kommt die neue Methode der Thorakoplastik der Pneumothoraxtherapie zu Hilfe.

Herr **Tiegel** (Dortmund): **Ueber operative Pleurainfektion und Thoraxdrainage.**

Von der Annahme ausgehend, daß bei der so häufig nach endothorakalen Eingriffen beobachteten Pleurainfektion nicht allein der postoperative Pneumothorax, sondern auch vor allem die bei der Operation unvermeidliche Schädigung des Pleuraepithels eine große Rolle spielt, hat T. diesbezügliche Tierversuche angestellt.

Es wurden Kaninchen in zwei parallelen Versuchsreihen mit den gleichen Mengen einer 24 stündigen Bouillonkultur infiziert: das eine Tier nach dem Vorgange Nötzels durch Injektion, das andere gelegentlich einer kurzen, schonend ausgeführten Thorakotomie, bei der durch das Druckdifferenzverfahren ein postoperativer Pneumothorax mit Sicherheit vermieden wurde. Dabei zeigten die Injektionstiere die von den Versuchen Nötzels her bekannten minimalen Veränderungen; die thorakotomierten Tiere aber erkrankten sämtlich und starben zum allergrößten Teile an einer schweren Pleurainfektion.

Bei den infizierten Thorakotomien war besonders auffallend ein sehr massiges Pleuraexsudat, das sich innerhalb der ersten Stunde bildete. Dieses postoperative Exsudat, das auch nach den Thoraxoperationen am Menschen sehr häufig be-

obachtet wird, ist nach T. von großer Bedeutung für den weiteren Verlauf. Es komprimiert zunächst rein mechanisch die Lunge und erhöht dadurch die Disposition derselben für Pneumonie. Ist die Pleura bei der Operation infiziert worden, so gibt es für die eingebrachten Keime einen guten Nährboden ab. Es führt zu Störungen der Blut- und Lymphzirkulation in der komprimierten Lunge und schaltet dadurch einen Schutzfaktor aus, der für die Elimination der Infektionserreger von Wichtigkeit ist. Schließlich ist es der Gefahr sekundärer Infektion von der Lunge her ausgesetzt.

Aus diesen Gründen sollte einem solchen postoperativen Exsudate energischer als bisher vorgebeugt werden.

Als geeignetste Maßnahme empfiehlt T. eine Ventildrainage mit einem von ihm angegebenen Ventil (Centralbl. f. Chir., 1911, No. 10), das sich bisher in mehreren Fällen gut bewährt hat. Der eine dieser Fälle bietet besonderes Interesse und wird etwas ausführlicher besprochen. Es handelte sich um eine schwere Lungenruptur, die von T. nicht breit thorakotomiert und genäht, sondern nur mit Ventildrainage behandelt wurde. Die Lungenwunde heilte innerhalb 4 Tagen fest zu. Der Verlauf war ein durchaus aseptischer. T. knüpft an diesen Fall den Vorschlag, bei Lungenverletzungen von dem jetzigen radikalen Standpunkte wieder zurückzugehen und die schweren Komplikationen (Spannungspneumothorax, Exsudat, Hämothorax) durch die weit schonendere Ventildrainage zu bekämpfen. (Forts. folgt.)

IV. Bücherschau.

Die Störungen des Verdauungsapparates als Ursache und Folge anderer Erkrankungen. Von Dr. **Hans Herz** (Breslau). 2., umgearbeitete und vermehrte Auflage. I. Die Krankheiten des Blutes, der Stoffwechsels, der Konstitution in ihren Beziehungen zum Verdauungsapparat. Berlin 1912, S. Karger. 218 S.

Das Ueberwuchern des Spezialistentums macht sich leider auch in der medizinischen Literatur bemerkbar. Immer häufiger werden die Werke, bei denen man mit Bedauern wahrnimmt, daß der Autor über dem Organ, dem seine Tätigkeit geweiht ist, den Menschen als Ganzes vergißt. Demgegenüber sind von doppeltem Werte solche Arbeiten, die zu unrecht getrennte Gebiete miteinander zu verknüpfen bestrebt sind. Zu ihnen gehört das vorliegende Werk. Unter Aufbietung eines großen literarischen Materials ist Verf. bemüht, die Störungen des Verdauungstraktus in ihrem ursächlichen Zusammenhange mit den übrigen Leiden des menschlichen Körpers darzustellen. Von dem groß angelegten Werke, welches bereits in zweiter Auflage erscheint, liegt die erste Lieferung vor, deren Inhalt aus der Ueberschrift ersichtlich ist. Mit großer Kritik hat Verfasser hier eine umfangreiche Masse wertvollen Materials zusammengetragen, welches die Stoffwechsel- und Blutkrankheiten sowohl als Ursache wie auch als Folge von Störungen des Verdauungsapparates illustriert. Verf. war sichtlich bestrebt, sich möglichst kurz zu fassen; um ihm überall folgen zu können, ist allerdings eine gewisse Beherrschung des Gebietes notwendig. Seine Ausführungen werden daher besonders von denjenigen Kollegen mit Nutzen studiert werden, welche sich bereits eine gewisse Summe von Kenntnissen und Erfahrungen auf einem der in Betracht kommenden Gebiete erworben haben. —n.

Neue Behandlungsweise der Epilepsie unter Berücksichtigung der hysterie- und neurasthenieähnlichen Erscheinungen. Von Dr. med. **Josef Rosenberg**, Arzt in Berlin. Berlin SW. 1912, Verlag von Leonhard Simion Nachf. 330 S. 6 M.

Der Verf. der vorliegenden Monographie ist vor einigen Jahren mit einer neuen Methode der Epilepsiebehandlung hervorgetreten, die zurzeit noch um ihre Anerkennung zu kämpfen hat und die vielen Kollegen bisher wohl kaum dem Namen nach bekannt geworden ist, so daß es ihnen bisher nicht möglich war, sich ein eigenes Urteil über den Wert der Methode zu bilden. Es ist dankenswert, daß Verf. nunmehr durch monographische Darstellung seiner Methode weiteren Aerztekreisen die Möglichkeit gibt, sich mit ihr bekannt zu machen und sie nachzuprüfen. Im Mittelpunkt der neuen Methode steht ein neues, bromfreies Präparat, das Epileptol, eine Amidoverbindung der Ameisensäure, welches Verf. tropfenweise nehmen läßt. Das Epileptol wird aber von R. keineswegs als ein Wundermittel hingestellt, das ohne weiteres die Epilepsie zu heilen vermag, vielmehr muß damit einhergehen eine genaue, ärztlich überwachte Regelung der gesamten Lebensweise (Diät usw.), Vermeidung psychischer Erregungen, ferner die systematische Anwendung hydriatrischer Prozeduren. Ueber alle diese Punkte enthält das Buch genaue Anweisungen. Außerdem wendet R. unter bestimmten Voraussetzungen auch andere Sedativa und Hypnotica, wie Medinal, Adalin wechselweise mit Epileptol an. Wesentlich für die Behandlungsmethode des Verf. ist, daß sie durch eine fortlaufende Bestimmung des Blutdruckes und der Pulsfrequenz geleitet wird; Blutdruck und Pulsfrequenz sind nach ihrem Verlauf bestimmend für den Gang der Behandlung, insbesondere die Dosierung des Epileptols. Eine größere Zahl von Krankenberichten erläutert die Methodik des Verfassers im einzelnen. — Verf. hätte seiner Sache vielleicht noch besser gedient, wenn er sich kürzer gefaßt hätte. Die Breite der Darstellung wirkt vielfach ermüdend. Zum Teil ist das Werk deshalb so ausführlich geraten, weil Verf. sich nicht mit einer rein empirischen Darstellung seiner Therapie begnügt, sondern ihr eine eingehende physiologische resp. molekular-physikalische Begründung — durch Einführung der Begriffe: epileptisch-molekulare Gleichgewichtsstörung, Molekularqualität etc. — zu geben sucht; im Zusammenhang damit bespricht er an längeren philosophischen Exkursen vom Standpunkte der Herbart-Corneliusschen Philosophie die Fragen der Bewußtseinszustände, des Assoziationsmechanismus und der Willensfreiheit. Ein zweiter Grund für die Breite der Darstellung liegt darin, daß Verf. sein Buch nicht nur für Aerzte, sondern gleichzeitig für die weiteren Kreise der Gebildeten und — Ungebildeten bestimmt hat; um auch jedem homo illiteratus verständlich zu sein, hat R. dem Werk als Anhang ein ausführliches Wortregister mit Erklärung sämtlicher Termini technici und sonstiger Fremdwörter beigegeben; dies Register umfaßt nicht weniger als 30 Seiten! Es findet sich darin sogar eine kleine Abhandlung über das Parallelogramm der Kräfte. — Eine derartige exoterische Behandlung medizinischer Fragen erscheint uns kaum nachahmenswürdig. Durch diese Bemerkungen sollen jedoch die Kollegen durchaus nicht von der Lektüre des Rosenbergschen Werkes abgehalten werden; im Gegenteil sollten sie es lesen, um den Wert der Methode durch eigene Nachprüfungen objektiv feststellen zu können. R. L.

Die Nebenhöhlen der Nase beim Kinde. 102 Präparate in natürlicher Größe nach photographischen Aufnahmen dargestellt von Prof. Dr. **A. Onodi.** Mit einem Vorwort von Prof. Dr. W. Waldeyer. Würzburg 1911, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag).

Daß ein Unternehmen von der Art des im Titel charakterisierten nicht nur von wissenschaftlichen, sondern auch rein praktischen Gesichtspunkten aus ungemein wertvoll ist, braucht nicht erst besonders hervorgehoben zu werden. Trotz der großen Fülle von Literatur, welche besonders in den letzten Dezennien seit der Ausgestaltung der operativen Methoden der Nebenhöhle der Nase in Wort und Bild auf diesem Gebiete entstanden ist, besitzen wir eine methodische, erschöpfende Darstellung der kindlichen Nebenhöhlen bisher noch nicht. Diese Lücke ist in dem vorliegenden Atlantenwerke in dankenswertester Weise ausgefüllt worden. In den 102 Abbildungen werden die Lage und Größe der einzelnen Nebenhöhlen, sowie ihre Verhältnisse zueinander und zur Nasenhöhle in den verschiedensten Ebenen reproduziert. Die wissenschaftlichen Resultate, die sich aus ihrer Betrachtung ergeben haben, sind in einer kurzen Uebersicht zusammengefaßt. Was die Tafeln selbst anlangt, so sind sie von großer Schärfe und Anschaulichkeit. Sehr förderlich für die Verbreitung des Prachtwerkes wird es sein, daß der begleitende Text zu den Bildern in deutscher, englischer und französischer Sprache abgefaßt ist. Seinem hervorragenden wissenschaftlichen Inhalte und seiner prachtvollen Ausstattung entsprechend verdient der Atlas nicht nur unter Rhino-Otologen, sondern auch unter Chirurgen und Anatomen die weiteste Verbreitung. H. L.

V. Tagesgeschichte.

Standesangelegenheiten, Medizinal-Gesetzgebung, soziale Medizin etc.

Stuttgart. Vor kurzem ist zwischen der **Königlichen Hofkammer** und dem **Verein für freie Arztwahl** zu Stuttgart ein Vertrag abgeschlossen worden, nach welchem die Behandlung der im königlichen Hofdienst befindlichen Festbesoldeten, die von der gesetzlichen Versicherungspflicht befreit sind und nicht mehr als 2600 M. Jahresgehalt beziehen, sowie die Behandlung der nichtversicherungspflichtigen Familienangehörigen dieser Angestellten von den Mitgliedern des Vereins für freie Arztwahl zu Stuttgart übernommen wird. Die Honorierung erfolgt nach dem Grundsatze der Einzelleistung, und zwar nach folgenden Ansätzen: erster Besuch des Arztes bei dem Kranken 2,50 M., jeder folgende Besuch im Verlauf derselben Krankheit 1,50 M., erste Beratung eines Kranken ohne Besuch 1,50 M., jede folgende Beratung in derselben Krankheit 1 M. Für alle übrigen Verrichtungen werden die vom Königl. Ministerium des Innern durch Verfügung vom 25. März 1899 festgesetzten Gebühren in ihren niedrigsten Ansätzen nach den Bestimmungen des Vereins für freie Arztwahl in Anrechnung gebracht. Rechnungsprüfungen, Erledigung von Beschwerden usw. erfolgen nach den bezüglichen Bestimmungen der Vereinssatzungen.

Universitätswesen, Personalnachrichten.

Berlin. Die ordentlichen Professoren an der Universität Berlin Geh. Med.-Rat Dr. Bonhoeffer (Neurologie und Psychiatrie) und Dr. Krückmann (Augenheilkunde) sind zu ordentlichen Professoren an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen ernannt worden.

Marburg. Den Professortitel haben erhalten Privatdozent Dr. Oskar Bruns, Oberarzt an der medizinischen Universitätsklinik, und der Privatdozent für Hautkrankheiten und Syphilis Dr. Hans Hübner.

Dresden. Dem dirigierenden Arzt der Abteilung für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke am Johannstädter Krankenhaus Dr. Hoffmann ist der Professortitel verliehen worden.

Freiburg i. B. Dr. A. Nissle hat sich für Hygiene habilitiert.

Brünn. Die vor kurzem in Oesterreich als Auszeichnung für verdiente Praktiker eingeführte Titelverleihung ist soeben zum ersten Male erfolgt, indem der pensionierte hiesige Primararzt Dr. Karl Katholicky, ein angesehener, mehrfach wissenschaftlich hervorgetretener Chirurg, zum Obermedizinalrat ernannt wurde.

Prag. Dr. Matthias Peschina, außerordentlicher Professor der Kinderheilkunde an der böhmischen Universität, hat den Titel und Charakter als ordentlicher Universitätsprofessor erhalten.

Kongreß- und Vereinsnachrichten.

Berlin. Das **Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen** hielt am 8. d. M. unter dem Vorsitz von Geh. Rat Waldeyer seine Generalversammlung im Kaiserin-Friedrichhause ab. Aus sehr vielen Universitäts- und Großstädten nahmen die Vertreter der Lokalkomitees an der Versammlung teil. Der Generalsekretär Prof. Kutner erstattete den Jahresbericht, aus dem hervorgeht, daß die Zahl der Fortbildungsgelegenheiten für Aerzte dauernd zunimmt. In 67 Städten fanden Vortragszyklen und Kurse statt. Sehr bewährt haben sich die kurzfristigen Zyklen und des weiteren sogen. Wanderkurse, welche letzteren noch erheblich vermehrt werden sollen. Die Zahl der an den Kursen teilnehmenden deutschen Aerzte hat schon den hohen Betrag von 15 v. H. der gesamten Aerzteschaft innerhalb des Berichtsjahres erreicht. Durch die Weiterentwicklung der Wanderkurse hofft man diese Zahl in Zukunft noch beträchtlich steigern zu können.

— Das Londoner **Royal Institute of Public Health** hält, wie schon einmal berichtet, seine Jahresversammlung diesmal in Berlin, und zwar vom 24.—28. Juli, im Gebäude des Herrenhauses ab. Folgende Verhandlungsgruppen sind gebildet: Staats-Arzneikunde, Bakteriologie und vergleichende Pathologie, Kinder- und Schulhygiene, Schiffs-, Militär- und Kolonialhygiene, Kommunal- und Wohnungshygiene, Städtebau.

Verschiedenes.

Berlin. Der Kaiser hat den Bau eines **Erholungsheimes für Arbeiterkinder** Berlins an der Ostseeküste angeordnet. Das Heim wird aus drei Baracken, jede für 50 Kinder, bestehen, und zwar sollen die Kinder in der Regel 4 Wochen dort bleiben, so daß monatlich 150 Kinder aufgenommen werden können. Die Leitung untersteht einer Oberin nebst mehreren Schwestern. Die ganze Einrichtung und Organisation übernimmt Frl. Mathilde Kirschner, die Tochter des Berliner Oberbürgermeisters. Das Heim wird in der Nähe eines von Berlin bequem zu erreichenden Ostseebades im Walde angelegt werden.

Schwerin (Mecklenburg). Ein **Landesgesundheitsamt** ist an Stelle des bisherigen „Institutes für öffentliche Gesundheitspflege“ in Rostock errichtet worden. Es umfaßt drei Abteilungen: 1. die Abteilung für Erforschung und Bekämpfung von Menschenkrankheiten; 2. die Abteilung für Erforschung und Bekämpfung von Tierkrankheiten und 3. die Abteilung für technische Untersuchung von Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen, mit einer Nebenabteilung für forensische Untersuchungen. Der Direktor des Universitätsinstitutes für Hygiene in Rostock ist zugleich Direktor des Landesgesundheitsamtes.

Dresden. Am 1. Juni ist das bisherige Landesmedizinalkollegium eingegangen und an seine Stelle das **Landesgesundheitsamt für das Königreich Sachsen** getreten. Es besteht aus drei Abteilungen und zwar je einer für Human- und Veterinärmedizin und einer pharmazeutischen. Als Präsident des neuen Amtes ist Geh. Rat Prof. Dr. Renk berufen worden. Zu Ehrenmitgliedern wurden die Herren Geh. Rat Exz. Fiedler und Geh. Rat Weber in Dresden ernannt. Mitglieder der medizinischen Abteilung sind die Herren Geh. Med.-Rat Dr. Rupprecht, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Schmorl, Geh. Med.-Rat Dr. Schmaltz, Geh. San.-Rat Dr. Ganser, Prof. Dr. Rostoski und Med.-Rat Prof. Kehrer in Dresden und Obermedizinalrat Direktor Dr. Ilberg (Sonnenstein). Geschäftsführendes Mitglied ist Obermedizinalrat Dr. Oppelt in Dresden.

Stuttgart. Die Gemeindekollegien haben auf den Vorschlag des Stadtvorstandes Oberbürgermeister Lautenschlager einstimmig beschlossen, im Jahre 1914 hier eine **Ausstellung für Gesundheitspflege** zu veranstalten und zur Vorbereitung und Leitung Dr. med. Ingelfinger in Dresden, den Schöpfer der populären Abteilung „Der Mensch“ der Dresdener Hygieneausstellung, zu berufen.

Christiania. Unsere Leser erinnern sich wohl noch an die **Tragödie des österreichischen Gemeindearztes Dr. Franz** in Riedau, der im Alter von 36 Jahren zugrunde ging, weil er es mit seinen amtlichen Pflichten ernster nahm, als es einflußreichen Mitgliedern seiner Gemeinde lieb war. Für seine Hinterbliebenen wurde alsbald auf dem Wege der Sammlung von Kollegen zur Unterstützung der Witwe und zur Erziehung der unmündigen Kinder ein Fonds zusammengebracht. Der „Norwegische Aerzteverein“ hat jetzt in schöner Weise die internationale Solidarität der Aerzte dadurch zum Ausdruck gebracht, daß er für diesen Fonds einen Beitrag von 800 Kronen gestiftet hat.

Prag. Wie im Vorjahre in Nürnberg, so sind jetzt hier zwei schwere **Vergiftungsfälle**, von denen einer leider tödlich endete, dadurch vorgekommen, daß zu röntgenologischen Zwecken benötigtes Baryumsulfat mit Baryumcarbonat verwechselt wurde. Der Arzt, der die Durchleuchtungen vornahm, hatte das als Baryumsulfat ordinierte Präparat von einer Apotheke und diese es ihrerseits von einer Wiener Fabrik bezogen. Infolge Irrtums muß dabei Baryumcarbonat geliefert worden sein, das von der Salzsäure des Magens in das äußerst giftige Baryumchlorid übergeführt wird.

Tokio. Eine **Gedenkfeier für Robert Koch** ist vor kurzem hier veranstaltet worden. Bei dem Akt, der nach dem Schinto-Ritus in dem von Prof. Kitasato zu Kochs Ehren gestifteten Tempel stattfand, waren die Witwe Kochs, der deutsche Botschafter und zahlreiche Gelehrte anwesend.

VI. Amtliche Mitteilungen.

Personalia.

Preußen.

Auszeichnungen: Roter Adler-Orden 4. Kl.: Kreisärzte Geh. Med.-Räte Dr. R. Rother in Falkenberg i. Oberschl. und Dr. E. Prawitz in Brandenburg a. H.

Verzogen: Stabsarzt Dr. R. Pankow von Spandau nach Insterburg, Dr. E. Bilfinger von Rosenthal (Bad Schweizermühle), Dr. H. Bodenstein von Kolberg und Dr. F. W. Buddenberg von Ratzeburg nach Charlottenburg, Dr. H. Buttmann von Berlin nach Herpf (Sachsen-Meiningen), Dr. K. Grünbaum von Wilmersdorf nach Berlin, Dr. E. Hirschfeld von Zabrze, A. Isaac von Cöpenick und Dr. A. Langstadt von Reisen (als Schiffsarzt) nach Berlin, Dr. G. Less von Berlin nach Neukölln, Dr. E. Pensky von Allenberg i. Ostpr. und Dr. P. Schimmelpfennig von Geesthacht nach Stettin, Dr. E. Winkler von Stettin nach Leipzig, Dr. F. Leo von Berlin nach Myslowitz, Dr. B. Spill von Idaweiche nach Kattowitz, W. Selck von Beuthen nach Idaweiche, H. Dziallach von Neiße nach Rydultau, San.-Rat Dr. H. Hamkens von Tönning nach Rödemis b. Husum, Dr. H. A. R. Baach von Aldenswort nach Tönning, Dr. R. Neudörffer von Neuhaus a. Rennst. nach Wedel, Dr. O. W. M. v. Lay von Kiel nach Kronshagen, Dr. K. Schulze-Kump von Lindau nach Potsdam.

Gestorben: Kreisarzt Med.-Rat Dr. H. Schroeder in Sprottau, Assistent der Königl. Impfanstalt in Halle a. S. San.-Rat Dr. A. Strube daselbst, Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat Dr. K. Georg in Paderborn, San.-Rat Dr. H. Müller in Frankfurt a. M.

Bayern.

Ernannt: Geh. Hofrat Prof. Dr. Fr. v. Müller in München zum ordentlichen Mitgliede des Medizinalkomitees, Dr. K. Helmerich in Pleinfeld zum Bezirksarzt in Riedenburg, Dr. E. Flasser in Gilching zum Bezirksarzt in Pegnitz, Dr. E. Nenning, bisher Oberarzt a. d. Anstalt Eglfing, zum Oberarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing.

In den dauernden Ruhestand getreten: Bezirksarzt Med.-Rat Dr. Fr. Böhm in Augsburg unter Verleihung des Verdienstordens vom heiligen Michael 4. Kl. mit der Krone, Bezirksarzt Dr. J. E. Blümm in Neustadt a. S.

Niedergelassen: Dr. H. Haas in Ludwigshafen a. Rh., Dr. H. Krieg in Rotthalmünster (Niederbayern).

Verzogen: G. Meyer von München nach Hannover.

Gestorben: Dr. F. Bräutigam in Nürnberg.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7 a, für den Inseraten-Teil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.

Montreux — **Hotel Mirabeau**
I. Ranges. Schönste Lage am See. Großer herrlicher Park. Ruder-, Motor- und Segel-Boote. Omnibus am Bahnhof und am Schiff. Appartem. m. Bädern. Pension v. Frs. 9,— an.

Bad Nauheim — Haus ersten Ranges. **Hotel Augusta Viktoria**
(Herzleiden, Gicht, Rheumatismus) gegenüber den Sprudeln und den Bädern. Abgeschlossene Wohnungen mit Privatbadezimmern. Prachtvolles Vestebül, Lift, elektr. Licht, Zentralheizung. Prospekt. Besitzer: **J. P. Aletter.**

Nizza — **Terminus-Hôtel.** I. Ranges. Das ganze Jahr offen. 150 Zimmer und Salons. 25 Appartements mit Bädern und Toilette. Heißwasserheiz. überall. Oeffentliches Restaurant, bekannt für feine Küche. Deutsche Bedienung. Gepäcktransport frei. Elektr. Aufzug. Vacuum cleaner. Besitzer: **Henri Morlock.**
Hôtel de Suède und Hôtel de Berne gleicher Besitzer.

NIZZA — **Hotel Rheinischer Hof (Grand Hotel du Rhin)**
Das ganze Jahr geöffnet. Ganz deutsches Haus I. Ranges, in feinster zentraler Südlage. Boulevard Victor Hugo (bei der Avenue de la Gare). 150 Betten. 2 Aufzüge. Appartements sowie Einzelzimmer mit Bad — Autogarage. — Heißwasserheizung in allen Zimmern. — Mäßige Preise. Hotel des deutschen Offiziervereins. Besitzer: **Th. Baumgartner.**

Bad Oeynhausen — **Hotel zum Pavillon.**
Kurort f. Herz- u. Nervenleiden, Rheumatismus etc. I. Ranges. Vornehme Lage. 150 Zimmer und Salons. Elektr. Licht. Zentralheizung. Personen-Aufzüge. Pension. Mäßige Preise. Prospekt auf Wunsch. Besitzer: **Louis Meyer.**

Oeynhausen — **Haus Roon** **Bahnhofstrasse 28**
In ruhiger schöner Lage, 5 Min. vom Kurpark und Badehäusern entfernt. **Glasveranden, Garten und Speisezimmer. Zimmer und Pension von 5 M. pro Tag an.** Besitzerin: Fräulein Anna Knoche, Mitglid des Verbandes Deutscher Beamten-Vereine. Sommer und Winter geöffnet.

Klimatisch hervorragend begünstigte Winterstation bei Genua.

PEGLI — **Grand Hôtel Méditerranée**
I. Ranges mit Prachtpark (14000 Qm.), Centraldampfheizung, elect. Licht. Lift. Eig. Casino m. Terass. u. Liegecabinen a. Meer. Hydroth., Electroth. El. u. Meerwasserbäder. Geschult. Badepersonal. Kurarzt Bes.: **Bucher-Durrer.**
Ebenso Palace-Hôtel, Mailand, Gd. Hôtel Quirinal, Rom, Gd. Hôtel und Lugano Palace, Lugano, Gd. Hôtel Semiramis, Cairo, Palace-Hôtel, Luzern und die 3 Hôtels auf Bürgenstock.

Pontresina (Engadin) — **Hôtel Pontresina** (Sommer und Winter geöffnet).
Altbekanntes vornehmes Haus in aussichtsreichst. sonnig. Lage. 150 Zimmer und Appartements mit Bäder. Renommiertes Restaurant. Großer Garten und Privatwald. Tennis. **Wintersport.** Centralheizung im ganzen Hause. Reduzierte Pensionspreise in der Vor- und Nachsaison. **H. Beck,** Direktor.

VENADORO — **Grand Hotel Kurhaus**
Herrlich in den südlichen Dolomiten gelegen. 2½ Stunden per Auto von Venedig und von Cortina d'Ampezzo. 500 m — Mäßige Preise. — Mai—Oktober.

Wengen 1270 m ü. M. — **Berner Oberland (Schweiz). Palace-Hotel und National**
Erstes Haus am Platze. 210 Betten. Mod. Komfort. Appartements mit Bad etc. Prospekte auf Verlangen. Besitzer: **F. Borter.**

Wiesbaden — **Hotel Wiesbadener Hof.**
Moritzstrasse 6. Tel. Nr. 6565/6566. Telegr. „Wiesbadenerhof". Haus ersten Ranges. Ruhige zentrale Lage inmitten der Stadt und doch in unmittelbarer Nähe des Bahnhofes. 100 Zimmer und Salons. Warm und kalt fließendes Wasser, Telefon u. elektr. Licht in allen Zimmern. Erstklassiges Wein- u. Bier-Restaurant. Thermal- u. Süßwasser-Bäder auf allen Etagen. Lift. Auto-Garage. Inhaber: **Xaver Hirster.**

Wiesbaden — **„Pension Tomitius"**
Gartenstrasse 16. Telefon 4347. Fremdenpension I. Ranges — Vornehme **äusserst ruhige** Lage in unmittelbarer Nähe von Kurhaus, Park und Theater — Schattiger Garten — **Jede Diätform.** — Bad — Zentralheizung — Elektrisches Licht. Beste Referenzen. **Zimmer mit Pension von M. 5,00—12,00,** je nach Lage und Jahreszeit. — **Winteraufenthalt bedeutend ermässigt.** Inhaberin: Fräulein **Mathilde Tomitius.**



bei **Magen-, Darm-** und **Stoffwechselkrankheiten, Diabetes, Gicht,** Erkrankungen der **Atmungswege,** der **Harnorgane.** Zur **Hauskur** besonders geeignet. Gleichzeitig vorzügliches, wohlschmeckendes diätetisches **Tischgetränk. Eisenfrei.** 50/1 Flaschen franko jeder deutschen Bahnstation für Mk. 30,— gegen Nachnahme oder Voraussendung des Betrages vom
Generalvertrieb Dr. E. Roth, Strassburg i. Els. 40.
Die Herren Aerzte erhalten Literatur mit Analyse und Versuchsproben kostenlos und spesenfrei.



Ein neues **ungiftiges Mittel** zur **Verhütung** und **Behandlung** von **Caries, Schleimhauterkrankungen, Arteriosklerose, Harnsäure-Diathese, lanzinierenden Schmerzen bei Tabes**

Tabletten à 0,25 g { Gläser à 50 Tabletten . M. 3,— / Röhrchen à 12 Tabletten M. 1,—

Dosierung: 2—3 Tabletten täglich (Kinder 2mal ½ Tablette)
Literatur und Proben zu Diensten
Chemische Fabrik Reisholz G. m. b. H.
Reisholz 29 bei Düsseldorf

NEU! PATENT- u. WORTSCHUTZ
Dr. Foelsing's MUCOSAN
(DIBORZINK-TETRA-ORTHOOXYBENZOESÄURE)
Bisher unerreicht rasche Wirkung!
Vorzügliches, mildes, nicht ätzendes kräftig bactericides
Antigonorrhoicum, Antilueticum, Antisyphiliticum bei Primär-Affecten,
Antisepticum
Fabrik pharmazeutischer Präparate G. m. b. H.
Elbestr. 10 Frankfurt a/M. Tel. 7818.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Co. HAMBURG.

Alleinige Fabrikanten von:

Ichthyol.
Bewährtes organisches Schwefelpräparat.

Ichthoform.
Bewährtes Darmantisepticum.

Literatur und Gratisproben vorstehend verzeichneter Präparate, deren Namen uns gesetzlich geschützt sind, stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Gelonida Aluminii subacetici[a)]

Nr. I, Nr. II und Nr. III

leicht zerfallende Tabletten von basischem Aluminiumacetat à 1 g und 0,5 g
die sich infolge ihrer stark darmdesinfizierenden
Wirkung außerordentlich bewährt haben bei

Typhus abdominalis Oxyuris vermicularis
Darmkatarrhen infolge abnormer Zersetzungsvorgänge
Urticaria

Klinische Erfahrungen, experimentell-pharmakologische, kulturelle und chemische Untersuchungen haben für die **Gelonida Aluminii subacetici** außerdem folgende Anwendungsgebiete aufgestellt:

Indikationen:

1. **Darmparasiten.**
2. **Magen-Darmkatarrhe bakterieller Natur, Paratyphus und häufige, dem Typhus ähnliche Infektionen, Dysenterie (evtl. auch Cholera im Prodromalstadium), Darmtuberkulose, Perityphlitis chronica, Magen-Darmkatarrhe infolge abnormer Zersetzungsvorgänge, Gärungsdyspepsie, Colica flatulenta, Cholelithiasis, Obstipation, Sigmoiditis et Proctitis acuta sive chronica, Wurmkrankheiten in Bergwerken und Bleivergiftungen (chron. Darmkatarrhe).**
3. **Furunculosis, Acne, Pruritus, durch Beseitigung toxischer Stoffe im Darmkanal, spez. bei Diabetes, Urticaria.**
(Hier wirken die Gelonida Alum. subac. als **Darmdesinfiziens.**)
4. **Bakteriurie, Cystitis, Pyelitis.**
(Hier wirken die Gelonida Alum. subac. als **Harndesinfiziens.**)

Ordinationen:

a) Rp. **20 Gelonida** Aluminii subacetici **Nr. I**
(compos. c. Alumin. sulf.) **à 1 g** = 2,25 M.
20 Gelonida Aluminii subacetici **Nr. I**
(compos. c. Alumin. sulf.) **à 0,5 g** = 1,25 M.

Die Gelonida Nr. I sind sulfathaltig, von mild abführender Nebenwirkung (übliche Verordnung). Diese Nebenwirkung ist besonders angebracht bei *Cystitis, Colica flatulenta, Typhus abdominals im Stadium der Obstipation; bei Parasiten (Oxyuris vermicularis, bei Furunculosis, Pruritus usw.*
Dosis: 3—5 mal täglich 1 Gelonid à 1 g, Kindern à 0,5 g

oder

b) Rp. **20 Gelonida** Aluminii subacetici **Nr. II**
(technisch rein) **à 1 g** = 2,50 M., **à 0,5 g** = 1,35 M.

Die Gelonida Nr. II sind sulfatfrei für diejenigen Fälle, in denen eine abführende Nebenwirkung nicht gewünscht wird (in ihrer Nebenwirkung **gewöhnlich stopfend**), daher zu empfehlen bei *diarrhoischen Darmkatarrhen, Darmtuberkulose, Typhus abdominalis im Stadium der Diarrhoen usw.*
Dosis: 3—5 mal täglich 1 Gelonid à 1 g, Kindern à 0,5 g

oder

c) Rp. **20 Gelonida** Aluminii subacetici **Nr. III**
(compos. c. Alumin. sulf. et Phenolphthalein)
à 1 g = 2,50 M., **à 0,5 g** = 1,35 M.

Die Gelonida Nr. III enthalten 0,1 Phenolphthalein. Diese Gelonida haben daher **stärker abführende** Wirkung und sind besonders indiziert bei *Parasiten (Oxyuris vermicularis) und den übrigen unter I aufgeführten Indikationen, wenn die Obstipation schwer und hartnäckig ist.*
Dosis: 2—4 mal täglich 1 Gelonid à 1 g, Kindern à 0,5 g

Alle drei Modifikationen besitzen desinfizierende Kraft.

Patienten, welchen der herbe Geschmack der Gelonida Aluminii subacetici nicht zusagt, können dieselben zerdrücken und in Apfelmus oder Brei einnehmen oder, in eine Oblate gehüllt, verschlucken.

Bei **Oxyuris** werden gewöhnlich die „Gelonida Aluminii subacetici Nr. I", deren abführende Nebenwirkung in diesem Falle meistens erwünscht ist, verabreicht, und zwar 3 mal täglich 1 Stück à 1 g für Erwachsene oder 0,5 g für Kinder. Sofern eine stärker abführende Nebenwirkung angebracht ist, läßt man die „Gelonida Aluminii subacetici Nr. III" à 1 g (Kinder die Hälfte) einnehmen und erforderlichenfalls beide Arten kombinieren. Die Behandlung darf nicht zu zeitig aussetzen, d. h. wenn die Arznei gewirkt hat und sich anscheinend keine Würmer mehr zeigen, muß die Behandlung noch mehrere Tage fortgesetzt werden, um auch die letzten Keime möglichst zu vernichten. Die „Gelonida Aluminii subacetici Nr. II" werden nur dann verabreicht, wenn man neben der darmdesinfizierenden Wirkung keine abführende, sondern eine stopfende wünscht

Wir führen ferner folgende Gelonida:

20 Gelonida acid. acetylooxybenzoici à 0,5 = 0,75 M.
10 „ acid. diaethylbarbiturici à 0,5 = 1,50 M.
20 „ antipyretica à 0,5 = 1,25 M.
(Phenyldimethylpyrazolon. 0,45 Coff. citric. 0,05)
20 Gelonida antineuralgica à 0,5 = 1,00 M.
(Cod. phosph. 0,01; Phenacetin. Acetylsalicyls. ää 0,25)
20 „ Bismuthi subnitrici à 0,25 = 1,00 M.
15 „ Chinini hydrochlorici à 0,25 = 1,00 M.
15 „ Chinini tannici à 0,25 = 1,00 M.
20 „ Codeini phosphorici à 0,015 = 1,00 M.
10 Gelonida Coffeini natr. salicylici à 0,2 = 1,00 M.
20 „ Hexamethylentetramini à 0,5 = 0,75 M.
10 „ Morfini hydrochlorici à 0,01 = 0,80 M.
10 „ Opii à 0,03 = 1,00 M.
20 „ Phenacetini à 0,25 = 0,75 M.
60 „ Rhei à 0,25 = 1,00 M.
20 „ Saloli à 0,5 = 0,75 M.
40 „ stomachica à 0,3 = 1,00 M.
(Extr. Bellad. 0,005, Bism. nitr. Magnes. ust. ää 0,15)
20 „ Sulfonali à 0,5 = 1,25 M.

a) Gelonida (Sing. Gelonid(um) ist die synonyme Bezeichnung unserer Tabletten.

Ausführliche Literatur und Proben stehen den Herren Aerzten zu Diensten!

Goedecke & Co., Chemische Fabrik, Leipzig und Berlin N. 4.

Verantwortlich für den redaktionellen Teil: Dr. H. Lohnstein, Berlin W. 50, Tauentzienstraße 7a, für den Inseratenteil: Richard Hess, Berlin-Wilmersdorf.
Verlag von Oscar Coblentz, Berlin W. 30, Maassenstraße 13. — Druck von Carl Marschner, Berlin SW., Alexandrinenstraße 110.